

ELAINE ROSSI RIBEIRO

**APLICAÇÃO MULTICÊNTRICA DE PROTOCOLOS
ELETRÔNICOS PARA PESQUISA EM ENFERMAGEM**

Tese apresentada como requisito parcial
para a obtenção do grau de Doutor ao
Programa de Pós-Graduação em Clínica
Cirúrgica do Setor de Ciências da Saúde da
Universidade Federal do Paraná

Orientador

Prof Dr Antonio Carlos Ligoscki Campos

Co-orientador

Prof Emerson Paulo Borsato

Coordenador do Programa

Prof Dr Jorge Eduardo Fouto Matias

CURITIBA

2006



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CLÍNICA CIRÚRGICA
NÍVEL MESTRADO - DOUTORADO

Ata do J
Doutorado 419º do C
do Pós-Graduação
Doutorado da Uni
referente a aluna EL
título "APLICAÇÃO
PROTOCOLOS
PESQUISA EM
LINHA DE PESQ
Cirurgia na ÁRE
Informática no Ens
tendo como orient
L Campos

LICA

amento da 107ª Tese de
o para conclusão do Programa
1 Clínica Cirúrgica, Nível
sidade Federal do Paraná,
NE ROSSI RIBEIRO, com o
MULTICÊNTRICA DE
ELETRÔNICOS PARA
FERMAGEM", sendo na
A. Protocolos Eletrônicos em
DE CONCENTRAÇÃO
e na Pesquisa em Cirurgia
» Prof Dr Antonio Carlos

As quatorze horas dia doze de dezembro de dois mil e seis, no 701 do Hospital de Clínicas, teve início a prova em epígrafe, com pelos Professores Doutores: Lillian Daisy Gonçalves Wolff, A Cristina M. Martins Coelho, Evaldo Dacheux de Macedo Filho e José Simão de Paula Pinto sendo este último Presidente da Comissão. Aberta a sessão Jorge Eduardo Fauto Matias, Coordenador do Programa, cumprimentou pelo candidato das eugênicas legais que lhe facultam como última etapa à sua titulação no Programa. A seguir o Presidente candidato a apresentar oralmente resumo de sua tese no prazo demonstrando de sua capacidade didática e para melhor conhecimento composta de professores, médicos, alunos, familiares e demais interessados. Obedecido o tempo máximo de vinte minutos para a arguição e Terminada a etapa de arguição, reuniu-se a Comissão Examinadora para as notas, dos conceitos e lavratura do Parecer Conjunto necessário foram: Profa. Dra. Lillian Daisy Gonçalves Wolff - conceito "A"; Profa. Dra. Ana Maria Dymewicz - conceito "A" e equivalência "9,4"; Izabel Cristina M. Martins Coelho - conceito "A" e equivalência "9,4"; Evaldo Dacheux de Macedo Filho - conceito "A" e equivalência "9,4"; José Simão de Paula Pinto - conceito "A" e equivalência "9,4". Voltando a sala de reunião, o Senhor Presidente da Comissão leu os conceitos do Parecer Conjunto, dando como final o a tese com o título já referido, atestando adequados, depois de ra que tudo consta, foi lavrada a presente Ata, que vai assinada pelos seguintes componentes da Comissão Examinadora.

dutorio do 7º andar central sala
da a Comissão Examinadora
1 Maria Dymewicz, Izabel
ho e José Simão de Paula
a apresentada pelo Prof. Dr.
documentação probatoria do
bmeter-se a avaliação da tese,
nte da Comissão convidou o
ximo de trinta minutos para
lo tema por parte da audiência
sados. Seguiu-se a arguição e
da Comissão Examinadora
al tempo para cada resposta.
sala reservada para atribuição
os conceitos e notas atribuídos
"e equivalência "9,4";
ência "9,4"; Profa. Dra.
ivalência "9,4"; Prof Dr.
alência "9,4" e Prof. Dr.
"9,4". Voltando a sala de
Conjunto, dando como final o
a tese com o título já referido,
atificando adequados, depois de
ra que tudo consta, foi lavrada
ão Examinadora.

Lillian Daisy Gonçalves Wolff
Lillian Daisy Gonçalves Wolff

Ana Maria Dymewicz
Ana Maria Dymewicz

Izabel Cristina M. Martins Coelho
Izabel Cristina M. Martins Coelho

Evaldo Dacheux de Macedo Filho

Izabel Crist

Izabel Cristina M. Martins Coelho

José Simão de Paula Pinto
José Simão de Paula Pinto

Adolpho e Amira, meus pais

Dedico a vocês, mais uma vez, pela incansável luta
diária de se despojarem de si mesmos em favor de
todos nós

Em especial, ao Zely

Com amor eterno eu te amo

AGRADECIMENTOS

Poucas pessoas conheci com tamanha grandeza de espírito Prof Dr Osvaldo Malafaia é certamente um deles Determinado, íntegro, resolutivo, ensinou-me a entender o valor do tempo e do conhecimento Agradecê-lo seria pouco, mas ele, disto não precisa

Ao Prof Dr Emerson Paulo Borsato, pela amizade demonstrada ao longo do caminho, pela visível preocupação em fazer sempre o melhor,

Ao Prof Dr Jorge Eduardo F Matias, Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica da Universidade Federal do Paraná,

A Universidade Federal do Paraná, pela oportunidade de aprimoramento científico,

Ao Prof Dr José Simão de Paula Pinto, pelas orientações claras e precisas,

Ao Luis Fernando N Ramos, que diligentemente cumpriu os prazos da digitação,

À querida colega de profissão, Andréia Pereira Martins, incansável na busca pelo aprimoramento científico, agradeço toda ajuda e participação,

Dra Ana Maria Dyniewicz, Dra Olga Laura G Peterlini e Dra Patrícia Helena Napolitano, amigas com letra maiúscula, obrigada pelo suporte e entusiasmo constantes

Otávio e Elisiê, Paulo e Aline, Anna Katarina A vocês, meu amor sem fim

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO-----	12
1 1-OBJETIVOS-----	15
2- REVISÃO DA LITERATURA-----	16
3- CASUÍSTICA E MÉTODO-----	23
3 1-CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE PESQUISA-----	23
3 1 1- ABORDAGEM INICIAL-----	23
3 1 2- CENTROS DE PESQUISA-----	24
3 2- INSTALAÇÃO DO PROGRAMA E COLETA DE DADOS-----	24
3 3-INTERPRETAÇÃO DAS INFORMAÇÕES COLETADAS COM DEMONSTRAÇÃO DOS RESULTADOS-----	25
3 4- INSTALAÇÃO E APLICAÇÃO DO MÓDULO INTERFACE DE VISUALIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES-----	26
4- ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS-----	27
4 1- APRESENTAÇÃO-----	27
4 1 1- PROCESSO DE INSTALAÇÃO E VIABILIDADE DE UTILIZAÇÃO DO PROGRAMA-----	27
4 1 2- INFORMAÇÕES COLETADAS E RESULTADOS DA PESQUISA-----	50
4 1 3- USO DA INTERFACE DE VISUALIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES E VIABILIDADE DA APLICAÇÃO DO PROGRAMA-----	77
5-CONCLUSÃO-----	98
6-REFERÊNCIAS-----	99

ANEXO 1-----110

ANEXO 2-----111

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – ACESSO AO SINPE ©

FIGURA 2 – SELEÇÃO DA CONEXÃO

FIGURA 3 – LOGIN DO USUÁRIO

FIGURA 4 – SELEÇÃO DO PROTOCOLO MESTRE

FIGURA 5 – TELA PRINCIPAL DO SINPE ©

FIGURA 6 – EDIÇÃO DO PROTOCOLO MESTRE

FIGURA 7 –PROTOCOLO MESTRE

FIGURA 8 – EDIÇÃO DO PROTOCOLO ESPECÍFICO

FIGURA 9 – PROTOCOLO ESPECÍFICO – DISTÚRBIOS DA FUNÇÃO GASTROINTESTINAL

FIGURA 10 – EDIÇÃO DO CADASTRO DOS PACIENTES

FIGURA 11 - CADASTRO DOS PACIENTES

FIGURA 12 – ENTRADA NO ITEM "COLETAR"

FIGURA 13 - ESCOLHA DO PROTOCOLO ESPECÍFICO E DO PACIENTE A SER CADASTRADO

FIGURA 14 - ESCOLHA DO PROTOCOLO ESPECÍFICO E DO CASO A SER COLETADO

FIGURA 15 - PROTOCOLO ESPECÍFICO A SER PREENCHIDO

FIGURA 16 – COLETAS DE DADOS JÁ REALIZADAS

FIGURA 17 – EDIÇÃO DE COLETA

FIGURA 18 – ITENS COLETADOS

FIGURA 19 - EXEMPLO DE ITEM EXAME CLÍNICO

FIGURA 20- ENTRADA NA TELA PESQUISA

FIGURA 21- TELA INICIAL DE PESQUISA

FIGURA 22 – TELA INICIAL DE PEQUISA ABERTA

FIGURA 23 – TELA DE PESQUISA

FIGURA 24- RESULTADO DA PESQUISA

FIGURA 25 – COLETAS LOCALIZADAS

FIGURA 26 – TELA INICIAL DO VISUALIZADOR

FIGURA 27 – FICHA DE ANÁLISE DOS DADOS GERAIS

FIGURA 28 – FICHA DE ANÁLISE – CARACTERÍSTICAS GERAIS

FIGURA 29 – FICHA DE ANÁLISE – COLETAS DE DADOS

FIGURA 30 – FICHA DE ANÁLISE – QUANTIDADE DE COLETAS POR MÊS

FIGURA 31 - TELA DE SELEÇÃO DO PROTOCOLO ESPECÍFICO

FIGURA 32 - ANÁLISE DE DADOS- INCIDÊNCIA

FIGURA 33 – CONEXÃO DE ITEM DO PROTOCOLO ESPECÍFICO

FIGURA 34 – EXEMPLO DE PESQUISA

FIGURA 35 – EXEMPLO DE PROTOCOLO NANDA

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – EXAME CLÍNICO- ITEM PRESSÃO ARTERIAL

QUADRO 2 – EXAME CLÍNICO- ITEM CAVIDADE ORAL

QUADRO 3 – EXAME CLÍNICO- ITEM PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS

QUADRO 4 –EXAME CLINICO- ITEM NUTRIÇÃO E HIDRATAÇÃO

QUADRO 5 - EXAME FÍSICO - ITEM OSTOMIAS

QUADRO 6-CATETERES, SONDAS E DRENOS-ITEM CATETERES VENOSOS PERIFÉRICOS E CENTRAIS

QUADRO 7 - PRÓTESES E/OU EQUIPAMENTOS AUXILIARES

QUADRO 8 - PERIOPERATÓRIO- ITEM PRÉ-OPERATÓRIO

QUADRO 9 - PERIOPERATÓRIO-ITEM PÓS-OPERATÓRIO

QUADRO 10 – CONDIÇÕES E HÁBITOS DE VIDA- ITEM TABAGISMO

QUADRO 11 – CONDIÇÕES E HÁBITOS DE VIDA- ITEM ETILISMO

QUADRO 12 – CONDIÇÕES PSICOSSOCIAIS- ITEM IMAGEM CORPORAL

QUADRO 13 – CONDIÇÕES PSICOSSOCIAIS- ITEM MEDO

QUADRO 14 – CONDIÇÕES PSICOSSOCIAIS- ITEM CONHECIMENTO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

QUADRO 15 – PACIENTES PROVENIENTES DOS DOIS CENTROS

QUADRO 16 – DISTRIBUIÇÃO DE SEXO ENTRE OS DOIS CENTROS

QUADRO 17 – DISTRIBUIÇÃO DE RAÇA ENTRE OS DOIS CENTROS

RESUMO

Existem atualmente diversos tipos de elaborações de estudos para análise de dados, no entanto, os protocolos eletrônicos de coleta de dados tendem a se destacar em relação aos demais estudos, pois apresentam maior precisão, maior valor científico, portanto mais confiáveis. Este tipo de protocolo raramente é encontrado no Brasil, mas é uma tendência em países de evoluída e consagrada pesquisa na área da saúde. **Objetivos:** com total vinculação à área da saúde, especificamente na enfermagem, este trabalho tem como objetivo a) demonstrar a aplicabilidade do protocolo eletrônico para pesquisa em enfermagem em caráter multicêntrico, enfocando distúrbios da função gastrointestinal, b) demonstrar e analisar os resultados da pesquisa feita com os dados coletados de pacientes portadores de distúrbios gastrointestinais em dois hospitais de grande porte, c) validar o protocolo eletrônico após sua aplicação e análise das informações obtidas d) Validar o programa integrado ao SINPE® denominado “Módulo de Visualização”. **Casuística e método:** para implementar este projeto, tomou-se como partida o programa criado pelo prof Dr Osvaldo Malafaia, isto é, um modelo eletrônico de protocolo, que possibilita o armazenamento de dados de forma sistemática e eficaz para o desenvolvimento de pesquisas e também do ensino. Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva, realizada em dois hospitais gerais de grande porte, nas cidades de Curitiba e Londrina. A população estudada foi de pacientes adultos, com distúrbios da função gastrointestinal, durante 12 meses. As informações relativas a 302 pacientes foram inseridas no programa de coleta de dados SINPE®, armazenadas e agrupadas no sistema, tornando possível levantar os resultados e compará-los com a literatura sobre o assunto. **Resultados:** dos pacientes analisados, 90,06% eram da raça branca, 8,61% da raça negra e 1,33% da raça parda. Os pacientes do sexo feminino foram 46,69% e 53,31% do sexo masculino. O Hospital Universitário Evangélico de Curitiba contribuiu com 71,20% da amostra e o Hospital Evangélico de Londrina com 28,80%. Os itens de pesquisa foram: exame clínico, cateteres, sondas e drenos, próteses e equipamentos auxiliares, perioperatório, condições e hábitos de vida e condições psicossociais. Evidenciou-se a facilidade do manuseio do protocolo, sua segurança e fidedignidade. O software apresenta rapidez na busca dos resultados, uma grande capacidade de armazenamento de dados e ainda possibilita estudos multicêntricos. O Módulo de Visualização permite fácil identificação dos resultados. **Conclusão:** concluiu-se que foi possível validar o protocolo eletrônico da assistência de enfermagem de forma multicêntrica, avaliando-se os resultados obtidos, assim como o Módulo de Visualização. O protocolo é aplicável para pesquisa em enfermagem, constituindo-se uma ferramenta tecnológica que poderá ser incorporada ao processo de trabalho, de tal forma que possa contribuir para a transformação e solidificação das diferentes áreas de atuação do enfermeiro.

Descritores: Protocolo eletrônico, coleta de dados, pesquisa multicêntrica, enfermagem

ABSTRACT

There are nowadays many kinds of studies to data analysis, however, the data collect electronic protocols wards to detach between the other studies, because they show more precision, more scientific value, so more reliable. This kind of protocol is rarely found in Brazil, but it is a tendency in countries with evolved and acclaimed research in health area. **Aim:** With total link to health area, specifically nursing, this study has as an aim a) to test the applicability of a research electronic protocol in nursing with a multicentric character, approaching gastrointestinal disturbs. B) to show and analyze the research results made with the data of the gastrointestinal disturb patients in two huge hospitals. C) To validate the electronic protocol after its application and data analyzes. D) To validate the program integrated to SINPE[®] entitled Visibility Module. **Casuistic and method** To implement this project, was used as a beginning the program used from Prof. Dr. Oswaldo Malafaia, an electronic protocol model, that can save data on a systemic and efficient way for the development of researches and studies. It is an exploratory descriptive research, made in two huge hospitals in Curitiba and Londrina. Were studied adult patients, with gastrointestinal disturbs, during six months. The information about the 302 patients were placed in the data collect program SINPE[®], stored in the system, making possible to get the results and compare them with the literature about the subject. **Results:** From the patients analyzed, 90,06% were white, 8,61% were black and 1,33% were gray. The female patients were 46,9% and male were 53,31%. The Hospital Evangélico de Curitiba contributed with 71,20% of the sample and the Hospital Evangélico de Londrina with 28,8%. The items of the research were clinical exams, catheters, drills, drains, prothesis, and auxiliary equipments, peri-operation, life conditions and psychosocial conditions. Were evidenced the facility to use the protocol, its security and trustworthy. The software shows speed collection data, a big capacity to save the data and possibilities multicentric studies. The Visibility Module allows easy identification results. **Conclusion** With this work is possible to conclude that was possible to validate the electronic protocol in nursing in a multicentric way, evaluating the results, so on the Visibility Module. The protocol is applicable to research in nursing, being a technological tool that could be used during job process, contributing to the transformation and solidification of different actuation areas of the nurse.

Key words Electronic Protocol, Data Collect, Multicentric research, Nurse

1 INTRODUÇÃO

O Código de Ética Profissional define no preâmbulo da Resolução nº 160/1993 que a Enfermagem:

“...compreende um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência na prestação de serviços ao ser humano, no seu contexto e circunstância de vida “ (COFEN, 1993).

Considera-se que o enfermeiro utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar ações de cuidar no âmbito assistencial, gerencial, educativo e de investigação que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade.

O enfermeiro, como responsável pelo cuidado prestado ao paciente, possui como características básicas de sua prática, as ações constantes de coletar, analisar, registrar, arquivar e utilizar dados, o que possibilita manter controle das atividades desenvolvidas e acima de tudo, utilizar tais dados para a identificação das necessidades de cuidado e de desenvolvimento de pesquisas. Em geral, as ações realizadas pela equipe de Enfermagem são anotadas para registro das atividades e utilizadas como subsídio para o gerenciamento da assistência prestada e avaliação da qualidade do atendimento. É de conhecimento geral que apesar do avanço tecnológico ser expressivo, ainda há muitas instituições de saúde que utilizam o método de registro manual, o que diminui sobremaneira a possibilidade de utilização de dados para a investigação científica (SANTOS, 1987).

O número de informações geradas diariamente pela Enfermagem é grande, perfazendo em torno de cinquenta por cento (50%) das informações contidas no prontuário do paciente. A prática cotidiana, entretanto, tem sido crescente e os dados e informações cada vez maiores, justificando a necessidade de se utilizar o recurso da informática na manipulação e processamento desses dados com grande eficácia e rapidez. Outro ponto a considerar, é que em nosso meio, os dados referentes às ações de enfermagem são registrados, na maioria das instituições, sem nenhuma definição metodológica estruturada, dificultando sua análise.

Embora o interesse pela pesquisa seja fato recente na história da Enfermagem, a produção científica vem se consolidando e permitindo o aprimoramento da profissão como referência maior para o fortalecimento de uma prática comprometida com as prioridades de saúde da população, uma das exigências da globalização e da modernidade, que preconiza

também que “aquilo que não estiver cadastrado em base de dados poderá significar a inexistência” (MARIN, 2000, p.200).

Diante destes fatos, entende-se que a utilização de uma base eletrônica de dados contribui para tornar disponível um grande volume de dados organizados e estruturados, as quais apoiariam a tomada de decisão com segurança, a administração da assistência, além de possibilitar espaço para a formação de enfermeiros pesquisadores com o emprego dessa tecnologia.

A informatização de dados pode respaldar as ações de Enfermagem no sentido de sistematizar a assistência ao paciente, conferindo-lhe caráter científico.

Segundo Hannah (1994), Informática em Enfermagem é o campo de estudo que proporciona ao enfermeiro o uso da tecnologia de informação, capacitando assim o profissional no auxílio ao cuidado do paciente e na formação de novos profissionais. Para autores como Graves e Corcoran (1989), a definição deste campo de atuação é uma soma entre as ciências da Computação, Informação e Enfermagem, e tem como objetivo auxiliar o profissional no gerenciamento e processamento dos dados, o que reflete nas práticas de Enfermagem, principalmente na assistência ao paciente, mediante apoio dado pela informação.

De acordo com a Associação Norte Americana de Enfermagem (1995), a Informática em Enfermagem deve servir aos interesses do paciente, e seu emprego deve ser intrínseco ao cuidado de Enfermagem. Assim, a ciência da Informática pode contribuir de maneira significativa para o fortalecimento do processo de trabalho da Enfermagem nas diferentes áreas de atuação do enfermeiro, quais sejam: pesquisa, ensino, administração e assistência. Neste sentido, o impacto da tecnologia da informação sobre a prática da Enfermagem precisa ser ampliado.

A pesquisa, como parte do processo de trabalho, requer um salto de excelência, o qual certamente será suplantado com o recurso oferecido pela implementação de uma base eletrônica de dados que possibilite realizar inúmeros estudos e, conseqüentemente, imprimir qualidade na assistência prestada pela Enfermagem. Dal Sasso (1997, p.77) relata que “a tecnologia de informática pode ajudar a Enfermagem a estruturar, operacionalizar, controlar e avaliar o seu desenvolvimento prático através da inter-relação ser humano, sociedade, pesquisa, saúde e teoria”.

Acredita-se que este seja o momento para vislumbrar a possibilidade de utilizar os recursos da informática, quando a Enfermagem busca pelo aprimoramento da pesquisa no sentido de produzir conhecimentos que colaborem na qualidade da assistência à saúde, enfim, na construção e desenvolvimento do conhecimento nessa área.

Considera-se que a arte de pesquisar merece atenção contínua, tendo em vista as

constantes e rápidas transformações do conhecimento geradas pelo avanço da ciência e da tecnologia. Para realização de pesquisas, os profissionais têm buscado diferentes recursos para auxiliar na coleta, armazenamento e análise dos dados, fato que justifica este estudo.

Como parte integrante da assistência, a Enfermagem realiza atividades de pesquisa, com a finalidade de fundamentar e qualificar sua ação. Neste sentido, a pesquisa realizada por esta autora, como requisito para obtenção do título de mestre em Clínica Cirúrgica, na área de concentração Informática no Ensino e na Pesquisa em Cirurgia e na linha de pesquisa Protocolos Eletrônicos em Cirurgia, apresentou como objetivo, a informatização de uma base de dados para o desenvolvimento de um protocolo eletrônico na busca por contribuir com o desenvolvimento tecnológico da prática da pesquisa em Enfermagem, especificamente na área médico-cirúrgica (RIBEIRO, 2004).

Esta visão, que articula a prática assistencial à tecnologia da informação, provém de inúmeros estudos realizados pelo professor Dr. Osvaldo Malafaia, referentes a um protocolo eletrônico por ele criado, que permite informatizar elevado número de informações, possibilitando ampliar constante e dinamicamente novas questões originadas nos mais variados contextos de saúde. O Laboratório de Informática e Multimídia do Programa de Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, desde 1999 tem se aprimorado na formatação e desenvolvimento de protocolos informatizados, culminando com o projeto denominado Sistema Integrado de Protocolos Eletrônicos (SINPE). A linha de pesquisa Protocolos Eletrônicos em Cirurgia do Programa de Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica da Universidade Federal do Paraná criou um modelo de banco de dados com a finalidade de armazenar e manipular dados de diferentes bases teóricas, denominado Sistema Integrado de Protocolos Eletrônicos, "SINPE©".

O SINPE© foi idealizado pelo Professor Dr. Osvaldo Malafaia, com a proposta de proporcionar um meio eletrônico de criação e preenchimento de protocolos. Pontua-se que o programa possui registro no Instituto Nacional de Propriedade Industrial - INPI sob o número 00051543.

A partir desta visão, e conseqüentemente da dissertação de mestrado desenvolvida por Ribeiro (2004), entende-se que a informática seja um dos caminhos que oportunizará novos saberes, reflexões e desenvolvimento do conhecimento da Enfermagem por meio da pesquisa.

Portanto, a questão que norteia este estudo é: uma base eletrônica de dados produz informação que gera conhecimento para o desenvolvimento criativo da pesquisa em Enfermagem?

1.1 OBJETIVOS

Os objetivos deste estudo foram:

- a) Investigar a aplicabilidade do protocolo eletrônico para pesquisa em Enfermagem em caráter multicêntrico, enfocando distúrbios gastrointestinais;
- b) Demonstrar e analisar os resultados da pesquisa feita com os dados coletados de pacientes portadores de distúrbios gastrointestinais em dois hospitais de grande porte;
- c) Validar o protocolo eletrônico após sua aplicação e análise das informações obtidas;
- d) Validar o programa integrado ao SINPE denominado “Módulo de Visualização”.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A Associação Brasileira de Enfermagem, em 1956, realizou uma pesquisa financiada pela Fundação Rockefeller sobre Recursos e Necessidades da Enfermagem no Brasil. (CARVALHO, A.C. 1976). Este fato, somado à regulamentação da profissão, à reforma universitária, ao crescimento da graduação e pós-graduação, foram marcos que nortearam a trajetória da Enfermagem brasileira.

Somente a partir de 1961, quando se definiu o currículo mínimo do curso de graduação em Enfermagem é que a preocupação com a investigação científica avolumou-se, tendo em vista a busca pela construção do conhecimento da área que nortearia toda a especificidade da profissão. Logo na década seguinte, a quantidade de pesquisas realizadas foi acentuada, considerando a criação de cursos de pós-graduação “*stricto sensu*”, além do lançamento de várias revistas que facilitaram a divulgação dos trabalhos dos enfermeiros (CIANCIARULLO, 1991).

O cenário transformou-se. A Enfermagem foi em busca de consolidação de suas ações, construindo um corpo próprio de conhecimentos por meio da pesquisa. Não obstante, o cotidiano da Enfermagem mostra grande dificuldade em coletar e organizar cientificamente dados importantes relacionados à assistência prestada ao paciente. Muitas vezes, tais dados se perdem na rotina do dia-a-dia, esmaecendo a possibilidade de intervenção na assistência, de melhoria do ensino, de possibilitar a construção de novos saberes, de qualificação da prática, entre tantas alternativas que a pesquisa oferece.

Por volta da década de 50, os profissionais da área da saúde iniciaram a utilização de computadores, reconhecendo e identificando a importância da informática como ferramenta de trabalho (HANNAH, 1994).

Na Enfermagem, a inserção da informática iniciou-se na década de 80, primeiramente nos setores de ensino, buscando alternativas no auxílio às atividades didáticas. Vale pontuar historicamente o papel da informática na Enfermagem de tal forma que se conheça sua

evolução e as pesquisas realizadas sobre o assunto até a atualidade, como segue:

Segundo a Associação Norte-Americana de Enfermagem (1995,p.43):

A informática em Enfermagem é a área de conhecimento que diz respeito ao acesso e uso de dados, informação e conhecimento, para padronizar a documentação, apoiar o processo de tomada de decisão, desenvolver e disseminar novos conhecimentos, aumentar a qualidade, a efetividade e a eficiência do cuidado em saúde, fornecendo maior poder de escolha aos clientes, e fazer avançar a ciência da Enfermagem.

A informática tem se mostrado importante e essencial na Enfermagem, já que auxilia na organização, agilidade de sistemas de informação, racionalização do trabalho, aprimoramento da qualidade dos serviços, desburocratização, classificação dos pacientes, e ainda na área educacional, aprimorando a eficiência no ensino (TELLES FILHO et al, 1998).

Segundo Christman (1983), a direção futura do sistema de cuidado à saúde está intrinsecamente ligada ao desenvolvimento da ciência e tecnologia, o que demonstra a real importância da informatização, entre outras tecnologias. Santos (1987) realizou um estudo retrospectivo sobre o uso do computador no ensino da Enfermagem e sugeriu novos estudos que avaliem os efeitos da utilização desse recurso computacional na formação do enfermeiro. Bohm et al (1989), afirmam que uma forma estruturada de armazenar dados , que podem posteriormente ser utilizadas, são as bases de dados, coleções integradas de dados organizados em arquivos. Este conjunto de informações tem por objetivo facilitar o dia-a dia dos enfermeiros, nas atividades administrativas, assistenciais, educativas como nas de pesquisa. Um exemplo disto é que o Bloco Cirúrgico do Hospital das Clínicas de Porto Alegre utilizou recursos da informática para emissão de fichas de entrevistas facilitando o processo de avaliação pré-operatória do paciente, e criou um banco de dados para pesquisa e auxílio na quantificação da produtividade da equipe de enfermagem (GUIMARÃES et al, 1989).

Observa-se que mesmo com rápido desenvolvimento da área da informática, até então, poucos são os profissionais da saúde que recorrem a esta ferramenta. A pesquisa realizada por Teixeira (1990), sobre o conhecimento e opiniões de enfermeiros sobre informática na Enfermagem revela que nesta data havia desconhecimento do assunto por estes profissionais. Outro estudo, realizado por Scochi et al (1991), faz análise crítica sobre a inserção e papel do enfermeiro na informática, apontando para a necessidade de aquisição de conhecimento e domínio sobre esta tecnologia, objetivando a otimização da prática de Enfermagem. Luis et al (1992) enfatizam a necessidade de maiores discussões acerca da

incorporação da tecnologia na profissão evidenciando que ainda há reflexões sobre o impacto e consequências da informática na prática profissional.

Uma pesquisa bibliográfica realizada por Telles Filho et al (1998) nas bases de dados LILACS e MEDLINE, sobre o estado da arte da informática na Enfermagem, identificou artigos que retrataram o assunto no período compreendido entre 1981 à 1996. Neste espaço de tempo, os artigos somente apareceram após o ano de 1987, totalizando 10 publicações, número escasso quando comparado pelo mesmo autor, com a literatura internacional, onde se detectou 181 artigos. Nessa revisão de literatura, embora tenham sido pesquisadas as dimensões do ensino, pesquisa e assistência, nada foi encontrado em relação à dimensão pesquisa, o que denota a escassez da utilização da informática pela Enfermagem, nesta área.

Não obstante, a disseminação da informática na saúde ocorreu de forma ágil e sem precedentes. São inúmeros os estudos na área, desde a informatização das tarefas administrativo-burocráticas de Enfermagem (Silva, 1991), inteligência artificial para desenvolvimento de um protótipo de sistema especialista que realiza o acompanhamento de gestantes (Marin, 1991), o apoio da informática na sala de cirurgia (Cologna et al, 1996), escala de trabalho da equipe de enfermagem (Magalhães et al. 2002), sistema de informação sobre orçamentos Públicos de Saúde – Siops (Teixeira, 2003), gastos com medicamentos da população idosa brasileira (Lima-costa, 2003), instrumento de decisão no exercício da gerência (Guimarães, E.M.P, et al 2004) e planejamento da assistência de Enfermagem mediante software-protótipo (SPERANDIO; ÉVORA, 2005).

Pedrazzani et al (2002) descreveram um programa de atualização do perfil de vacinação por meio de um banco de dados que consolidou as informações com registro único da criança, com dados confiáveis, que tornou-se uma estratégia de vigilância em saúde.

Ainda na área de gestão, os resultados apontam para o êxito gerencial quando em concomitância com a área da informática organizou-se agendamento de procedimentos cirúrgicos por protocolos padronizados (DEMENECHI e SAHMIT 1991).

No ensino, destacam-se: Santos et al. (1992) na exploração do microcomputador para realizar avaliação formativa dos alunos de graduação em Enfermagem, Dal Sasso (1997) com a utilização da tecnologia de informática na disciplina de Enfermagem, e entre outros, Telles Filho et al. (1999) que identificaram e analisaram a atitude de discentes sobre a utilização do computador no ensino da Enfermagem.

Na assistência, Lunardi Filho (1997, p.63) apresenta prescrição de enfermagem computadorizada “como instrumento de comunicação capaz de promover mudanças nas relações multiprofissionais e intra equipe de enfermagem”. Discutindo sobre as vantagens, as barreiras e as etapas necessárias para a construção e implantação do prontuário eletrônico do

paciente, Marin (2001) enfatiza a importância da documentação como um sistema de apoio à decisão e na integração das informações. Barros et al (2002) relatam a experiência realizada no Hospital São Paulo/UNIFESP, com o uso do computador como ferramenta para a implementação do processo de enfermagem, processo este que utiliza as classificações de diagnóstico, intervenções e resultados de enfermagem. Ainda na área assistencial, vários estudos avaliam as prescrições médicas eletrônicas, apontando para sua utilização mais freqüente e corriqueira (CASSIANI et al, 2002, 2003).

Para os profissionais da saúde, a informática representa nos dias de hoje, a possibilidade de viabilizar o futuro, dominando o conhecimento através da geração de dados, de suporte às atividades diárias, e ainda, de possibilitar a interdependência de informações e situações de saúde. Nota-se uma crescente busca por instruções neste campo do saber, pelo reconhecimento da importância da informática como ferramenta de trabalho, o que pode ser constatado pelo número de softwares que vêm sendo viabilizados e apresentados à comunidade científica da área de saúde. Como exemplos, Motta (2001) desenvolveu um software educacional em saúde do lactente, incentivando o uso da instrução auxiliada por computador, e reiterando esta afirmação, Marin (1995, p.17) relata que os recursos de sistemas educacionais informatizados “tornam o ensino mais sofisticado, permitindo ao usuário maior interação e motivação para o uso”.

A literatura internacional aponta para a cidade de Havana, em Cuba, como um centro de cibernética aplicada à medicina. Mansolo et al (1999, p.46) realizaram ampla revisão bibliográfica sobre o assunto, e definem a ciência da informática médica como o “conjunto de aspectos teóricos e práticos do processo de informação sobre a base do conhecimento e experiências derivadas dos processos em medicina e atenção médica.” Os autores afirmam em seu estudo que a informática permitirá unificação de critérios em relação a dados para fazê-los compatíveis entre os diferentes profissionais e investigadores da saúde, tanto nacionais quanto internacionais.

Desde 1988, a Bélgica utiliza um sistema informatizado relacionado aos cuidados clínicos, mas a evolução da área da saúde levou os pesquisadores a atualizar o instrumento e, na atualidade, um sistema denominado BNMDS fornece dados orçamentários, de gerência, assim como dados assistenciais. O principal objetivo do programa informatizado é colaborar na avaliação do cuidado prestado por meio de uma avaliação qualitativa nas áreas de geriatria, cuidado crônico, cuidado intensivo, pediatria, cardiologia e oncologia (SERMEUS e DELESIE, 1997; AIKEN, CLARKE e SLOANE, 2002; NEEDLEMAN et al., 2002).

Na Universidade de Yonsei, em Seoul, na Coreia, utiliza-se um programa de multimídia para instrução interativa quando se ensina técnica de exame físico. Uma pesquisa sobre tal recurso didático revelou que o método possui custo baixo e fornece um ambiente rico e

dinâmico para a aprendizagem. O software possui som, movimento, e permite a participação ativa, e a interatividade com os estudantes, incluindo uma tela com informações de leituras pertinentes ao assunto, além de reproduzir dados automaticamente e possibilitar a digitação de anotações pessoais enquanto se faz as leituras (PARK & CHO, 2000).

Os professores do Departamento de Informática Médica e Saúde Pública da Faculdade de Medicina René Descartes, em Paris, descreveram um protocolo eletrônico usado em estimativa personalizada dos riscos (EsPeR) isto é, um sistema de sustentação para a prática clínica da Medicina preventiva que permite estimar riscos e obter recomendações clínicas baseadas em análise estruturada e sistemática de um conjunto de tabelas que validam o algoritmo decisório (COLOMBET et al., 2005).

Goldsworthy et al. (2006) descreve o uso dos Assistentes Digitais Pessoais (PDAs) e sua relação com a preparação de medicação por estudantes de Enfermagem em uma unidade médico-cirúrgica da Universidade de Ontário, no Canadá. Dois grupos trabalharam utilizando o PDA e outros dois grupos foram denominados grupo controle. Os resultados revelaram que a eficácia foi significativamente maior nos grupos de alunos que recorreram à essa tecnologia.

A Rede Internacional dos *Guidelines* (G-i-n www.g-i-n.net) é uma iniciativa internacional que envolve profissionais de diferentes organizações em torno do mundo. O G-i-n tem como objetivo melhorar a qualidade do cuidado em saúde promovendo o desenvolvimento sistemático de *guidelines* clínicos, relacionados à prática. A rede possui 45 membros internacionais, os quais pesquisam e preparam *guidelines* clínicos baseados em evidências da prática, e os adaptam para as diversas realidades locais baseadas na evidência internacional. Ressalta-se que para os pesquisadores da Rede, a meta é comunicar-se e trabalhar com os cientistas da tecnologia de informação para desenvolver padrões e protocolos em formatos eletrônicos (MARSHALL et al., 2004).

Diante deste cenário, quando vários autores trazem suas contribuições ao tema, não se pode deixar de referenciar Tachinardi (2000, p.165) que apresenta uma visão das principais tendências da área da tecnologia da informação em saúde. Em suas palavras, a informática caminhou de maneira lenta e gradativa, mas finalmente atingiu o “ponto sem retorno”. Na realidade, a informação é atualmente a maior ferramenta do patrimônio da saúde, e bancos de dados para diferentes especialidades são apontados como forte tendência da tecnologia da informação. Nesta mesma linha, Marin (2000, p.204) apresenta o atual cenário do uso de computadores em Enfermagem e os impactos na prática profissional. A autora delinea os próximos passos como amplas oportunidades para aqueles que “decidem incorporar recursos tecnológicos na prática diária e fazer destes um instrumento para melhoria da qualidade do atendimento ao paciente”.

Finalmente, apreende-se, de todas as referências feitas, que as ciências da saúde passam por momentos de significação na tecnologia da informação, com possibilidades promissoras e resultados antes não imaginados. A informática vem para subsidiar a qualidade da assistência na saúde e os profissionais nela engajados tornam-se responsáveis por sua constante evolução e conseqüente solidificação do conhecimento técnico-científico. As áreas da administração, ensino e assistência estão consagradas em diferentes estágios de desenvolvimento. Necessário se faz evoluir na questão da pesquisa informatizada, na construção de bases de dados que possibilitem o armazenamento digital de dados e de forma prospectiva, a consecução de investigações científicas.

3 CASUÍSTICA E MÉTODO

Estudo do tipo exploratório, que se caracteriza por registrar e explorar as dimensões de um fenômeno, a maneira com que ele se manifesta e como se relaciona com outros fatores.

A metodologia utilizada para o desenvolvimento deste trabalho de pesquisa envolveu as seguintes fases:

3.1- Caracterização do local de pesquisa

3.2- Instalação do programa e coleta de dados por meio de entrevista, observação e exame físico dos pacientes com distúrbios gastrointestinais

3.3- Interpretação das informações e demonstração dos resultados

3.4- Aplicação do módulo da interface de viabilização das informações

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE PESQUISA

3.1.1 Abordagem inicial

O primeiro passo para esta etapa foi realizar contato prévio com a direção dos hospitais solicitando a liberação para realização das coletas. Apresentou-se o "SINPE©" e refletiu-se sobre sua importância e eficácia.

Um dado importante ressaltado aos dirigentes dos dois locais escolhidos, que o projeto obteve aprovação de um Comitê de Ética filiado ao Conep, e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com modelo anexo, obedecendo ao disposto na Resolução 196/96 (Apêndice I) (BRASIL 1996).

3.1.2 Centros de pesquisa

Foram escolhidos dois hospitais gerais de grande porte no estado do Paraná:

1- Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC), de esfera administrativa privada, cuja natureza de organização caracteriza-se como entidade beneficente sem fins lucrativos, com

programas de média e alta complexidade e gestão municipal. Realiza atendimento ambulatorial, internação, urgência e emergência pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e particulares, sendo o fluxo de clientela por demanda espontânea e referenciada. É uma unidade de ensino universitário.

2- Hospital Evangélico de Londrina (HEL), com característica administrativa e organizacional privada sem fins lucrativos, gestão municipal, prevê a atenção básica, média e alta complexidade e internação, atende SUS e particulares, por demanda referenciada. Não possui unidade de ensino.

3.2 INSTALAÇÃO DO PROGRAMA E COLETA DE DADOS

O segundo passo consistiu na realização de capacitação e cadastramento dos usuários do programa nesses hospitais. A instalação do programa foi feita por meio de um CD ROM, o que requereu um microcomputador, no mínimo um Pentium 3, com pelo menos 60 MB de memória. Pontua-se que a partir da data da instalação e após treinamento dos usuários, as instituições participantes do estudo tornaram-se aptas a coletar dados clínicos e cirúrgicos requeridos pelo protocolo específico informatizado.

Especificamente, a base eletrônica de dados sobre a assistência de enfermagem foi confeccionada por ocasião do trabalho desenvolvido pela autora para realização do mestrado em Clínica Cirúrgica da Universidade Federal do Paraná. O protocolo foi informatizado a partir do referencial teórico de Hargrove-Huttle (1998), com agrupamento das informações sobre os distúrbios dos sistemas funcionais do homem, isto é, de suas funções fisiológicas, condições e hábitos de vida e também de seus aspectos psicossociais em um único repositório, a qual foi chamado de protocolo mestre. Tal protocolo mestre baseia-se em um conjunto de dados dispostos de forma hierarquizada, denominadas de “pastas”, as quais são subdivididas em itens e sub-itens, distribuídos em diferentes gerações, denominados “irmão” e “filho”, que definem a formatação do conteúdo da base teórica. O SINPE permite a visualização dos itens em uma estrutura de árvore, em que é representado pelo sinal de positivo (+) à esquerda do item, se este possui filhos (sub-itens).

A partir do protocolo mestre, formatou-se 14 protocolos específicos, cada qual relacionado a distúrbios de funções dos sistemas preconizados por Hargrove- Hurtel (1998): cardíaco, circulatório, gastrointestinal, hematológico, imunológico, metabólico e endócrino, músculo-esquelético, neurológico, reprodutor, respiratório – trato inferior e superior, sensorioneural, tegumentar e urinário e renal. Para criar os itens de cada um dos protocolos específicos, usou-se o comando da seta direcionada para a direita, selecionando os itens e

sub-itens contidos no protocolo mestre, relacionados com cada item da assistência de enfermagem especificado na base teórica (RIBEIRO, 2004).

Os participantes da amostragem deste estudo foram pacientes adultos, com distúrbios gastrointestinais clínicos ou cirúrgicos correspondentes a um dos 14 protocolos específicos, protocolo este escolhido aleatoriamente. Responderam às informações solicitadas pelos coletadores, na alta hospitalar ou por ocasião do óbito do paciente, se este ocorreu durante o internamento. Alguns dados foram obtidos no prontuário do paciente e ainda com seus familiares. O período de coleta de dados foi de 12 meses.

A linguagem de programação utilizada no programa foi C#. Para isto, faz-se necessário um computador configurado no mínimo com o sistema operacional *Microsoft Windows 98*, 32 *megabytes* de memória RAM e disco rígido (*hard disk*) com 500 *megabytes*, no mínimo. É imprescindível que o sistema *Windows* esteja corretamente atualizado com os produtos da *Microsoft*, denominados *.net Framework 1.1* e *Microsoft Data Access Component 2.7*.

Sua utilização é feita através de sistema Windows, Internet ou computadores de mão PocketPC. Os protocolos estão dispostos na ferramenta como protocolo mestre e seus respectivos protocolos específicos. Protocolo mestre é um conjunto de itens hierarquicamente organizados pelo especialista da saúde para representar os dados que podem ser coletados sobre um determinado assunto. Cada item possui uma série de dados relativos ao tipo de dados que é capaz de suportar (como dados lógicos, numéricos, data e hora, imagens, sons e vídeos). Os protocolos específicos também são agrupamentos hierárquicos de itens, porém seu objetivo é contemplar os dados específicos do assunto pesquisado. Desta forma, o protocolo específico representa o subconjunto de um protocolo mestre.

Além disso, no programa foram inseridos elementos que possibilitam a coleta de dados do paciente de forma segura, impedindo erros e possibilitando o rastreamento dos responsáveis pelas coletas. O programa também conta com diversos cadastros gerais, como os de instituição, usuários, pacientes, permissões, entre outros.

O Manual do Usuário do SINPE (Sistema Integrado de Protocolos Eletrônicos) (MALAFAIA, BORSATO; PINTO, 2003) que se encontra disponível para consulta, facilita sua instalação, assim como a operacionalização dos usuários e seus respectivos acessos.

As figuras apresentadas a seguir evidenciarão passo a passo a utilização do programa, desde sua tela inicial até a tela referente à pesquisa propriamente dita. O leitor pode acompanhar esta parte da tese com a navegação do software inserido no CD anexo.

Depois de instalado por meio de um CD-ROM, o programa aparece na tela inicial com a presença do ícone SINPE® (FIGURA 1).

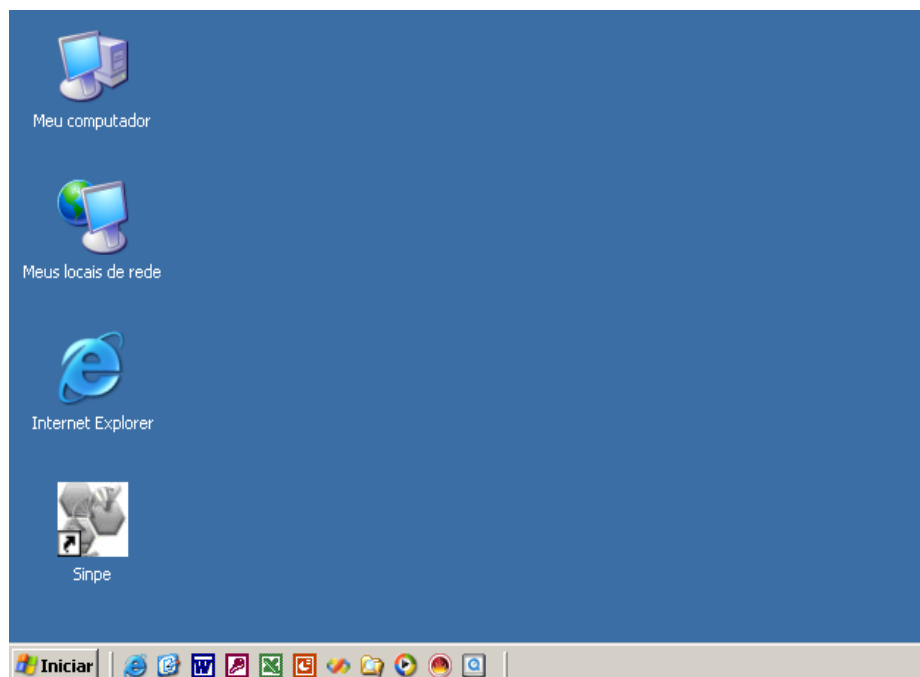


FIGURA 1 – TELA DE VISUALIZAÇÃO DO ÍCONE DE ACESSO AO SINPE ©

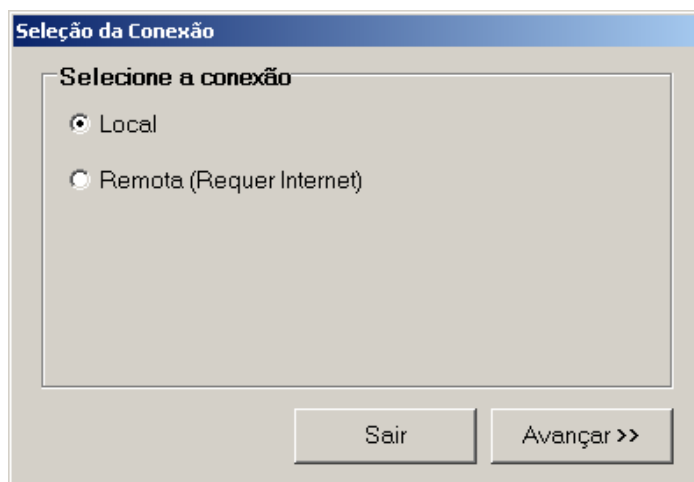


FIGURA 2 – TELA DE SELEÇÃO DA CONEXÃO DO SINPE ©

Ao clicar no ícone SINPE®, aparecerá na tela a janela que define o tipo de conexão que o usuário deseja. Se for local, a conexão será com a base em dados locais (nos dois centros pesquisados a conexão foi local); se for remota, haverá a necessidade da internet. Para sair ou avançar no programa, basta clicar nos botões correspondentes (FIGURA 2).

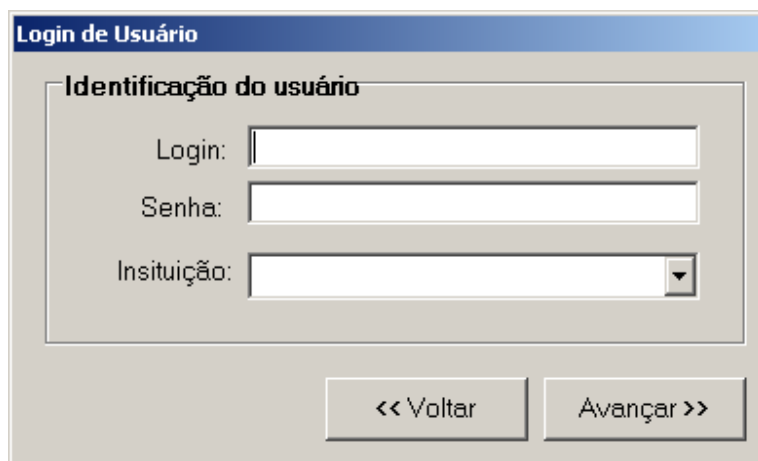
A screenshot of a software window titled "Login de Usuário". Inside the window, there is a section titled "Identificação do usuário". This section contains three input fields: "Login:" with a text box, "Senha:" with a text box, and "Insituição:" with a dropdown menu. Below these fields, there are two buttons: "<< Voltar" and "Avançar >>".

FIGURA 3 – TELA DE IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO DO SINPE®

A FIGURA 3 mostra que o SINPE , depois de instalado solicita o login (nome) do usuário, sua respectiva senha e a que instituição ele pertence, definindo então, que tipo de usuário ele é (Administrador, Visualizador, Coletor ou Pesquisador).

Se o código de acesso for válido, o SINPE verifica e libera o acesso ao sistema de acordo com as permissões que o usuário possui. Estas permissões são:

- Administrador: permite que o usuário defina os itens de um protocolo mestre e dos protocolos específicos; colete dados de pacientes para os distúrbios cadastrados nos protocolos específicos; realize pesquisas sobre os dados coletados e altere os protocolos quando necessário;
- Visualizador: permite apenas a visualização dos itens do protocolo mestre e dos protocolos específicos;
- Coletor: permite ao usuário apenas coletar dados para os distúrbios cadastrados nos protocolos específicos;
- Pesquisador: permite que o usuário realize pesquisas de dados nas coletas realizadas.

Seleção do Protocolo Mestre

Olá, **Elaine Rossi Ribeiro**

Você é um SUPER USUÁRIO, selecione o protocolo mestre que deseja ou crie um novo.

Assistência de Enfermagem - Administrador ▼

Protocolos Cadastrados

Cadastros (Atribuições do Super Usuário)

Instituição Usuário Permissões

Conexão local:False - Endereço:

<< Voltar Avançar >>

FIGURA 4 – TELA DE SELEÇÃO DO PROTOCOLO MESTRE DO SINPE®

Esta tela mostra a seleção do protocolo mestre, com o tipo de permissão do usuário, previamente selecionado na tela anterior. Os botões da parte inferior determinam os comandos de voltar e avançar na abertura do programa, além do Cadastro dos Usuários do Sistema, as Instituições cadastradas e as permissões (FIGURA 4). Se a senha utilizada for de administrador, além da possibilidade de escolha do protocolo a ser visto, o mesmo pode inserir uma instituição ao clicar sobre o item "instituição", ter acesso ao que foi coletado por qualquer usuário (no item "usuário"), além de inserir ou excluir coletores ou observadores (através do item "permissões"). Os coletores só tiveram acesso ao protocolo do distúrbio gastrointestinal. O item "avançar" permite que o usuário siga para a próxima tela e o item "voltar", faz com que ele retorne à tela anterior.



FIGURA 5 – TELA PRINCIPAL DO SINPE

A tela principal do SINPE , apresenta superiormente sua respectiva barra de menus, designados como: Protocolos, Dados, Pacientes e Ajuda; na parte inferior da tela, aparece o nome do usuário, a que instituição pertence, o nome do protocolo, tipo de usuário e informações da conexão (FIGURA 5).

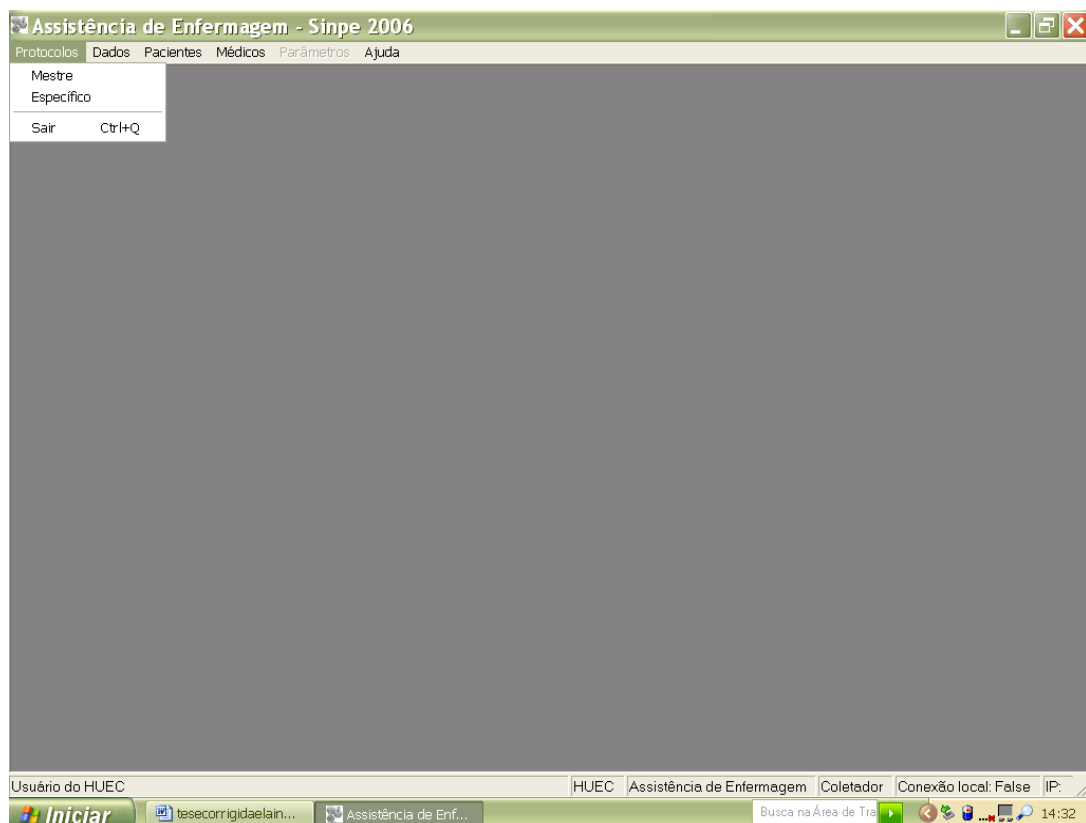


FIGURA 6 – TELA DE EDIÇÃO DO PROTOCOLO MESTRE DO SINPE ©.

A FIGURA 6 demonstra que ao selecionar a opção “Protocolos” na barra de menus, o usuário administrador terá acesso ao protocolo mestre ou protocolo específico.

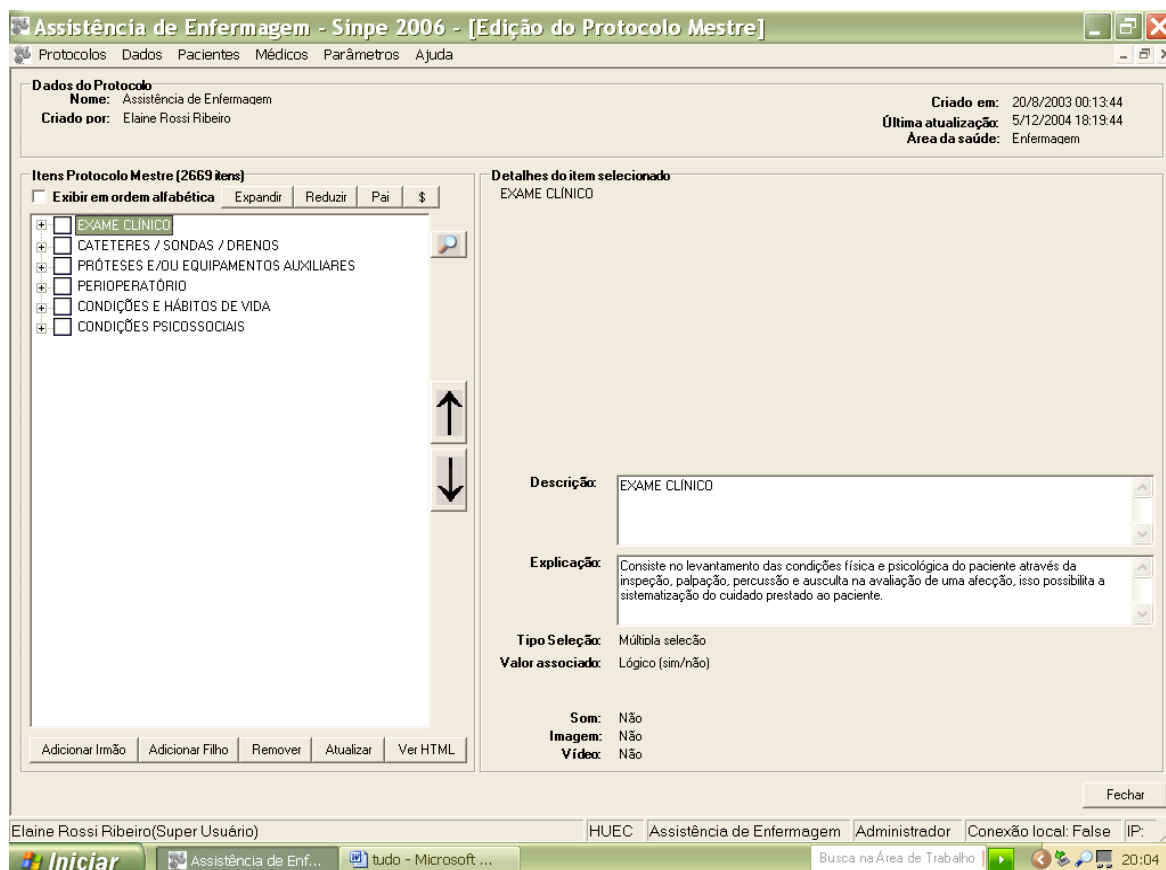


FIGURA 7 – TELA DO PROTOCOLO MESTRE DO SINPE ©

A figura 7 mostra a tela do protocolo mestre, que inclui dados tais como data de criação e última atualização, área da saúde a que pertence, total de itens do protocolo mestre e os sete itens principais que compõem este protocolo: exame clínico, cateteres/sondas e drenos, próteses e/ou equipamentos auxiliares, condições e hábitos de vida, condições psicossociais, e perioperatório. Aparecem também na parte inferior da tela, teclas de “Adicionar Irmão” (acrescentar item principal), “Adicionar Filho” (para acrescentar sub-itens), “Remover” (retirar itens) e “Atualizar” (atualização de itens). No lado direito da tela existem espaços destinados aos detalhes do item selecionado previamente, como descrição e explicação do item, tipo de seleção, valor associado, som, imagem ou vídeo. Há ainda dois botões que possibilitam a expansão e a redução dos itens (FIGURA 7).

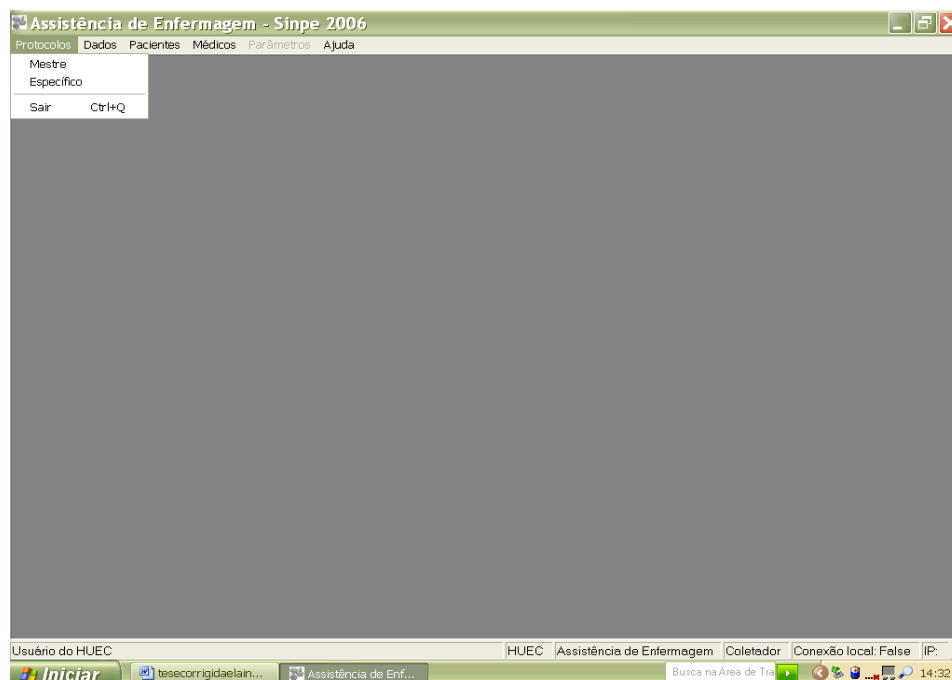


FIGURA 8 – TELA DE EDIÇÃO DO PROTOCOLO ESPECÍFICO DO SINPE ©

Ao clicar sobre o item "protocolos" o administrador poderá acessar o mestre dos dados da assistência de enfermagem ou os específicos (ou seja, um dos 14 distúrbios). Este item não é permitido ao usuário comum (FIGURA 8).

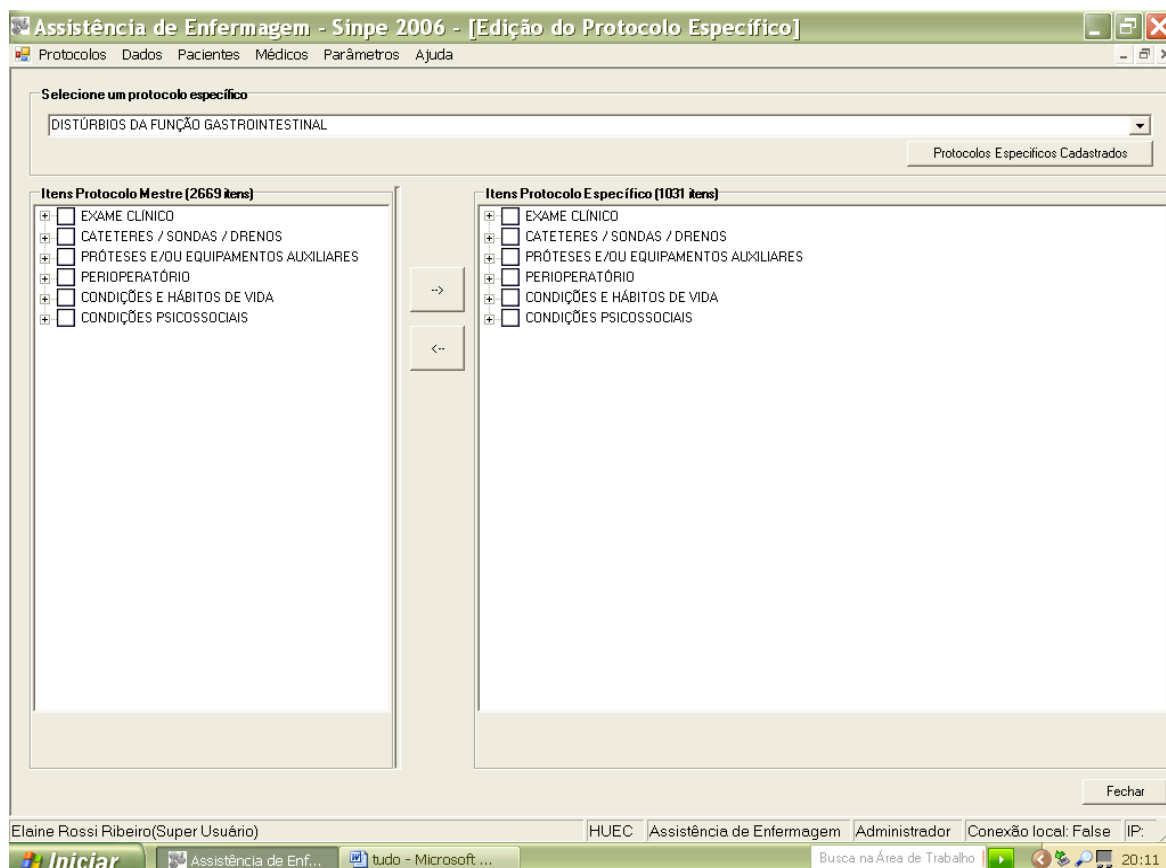


FIGURA 9 – TELA DE PROTOCOLO ESPECÍFICO – DISTÚRBIOS DA FUNÇÃO GASTROINTESTINAL – DO SINPE®

Na figura 9, o administrador ou o usuário entra no protocolo propriamente dito. O administrador pode acessar quaisquer dos sete itens posicionados no canto esquerdo alto da figura. Demonstra-se que o protocolo mestre possui 2669 itens (esquerda) enquanto o protocolo específico dos distúrbios da função gastrointestinal possui 1031 itens (direita).

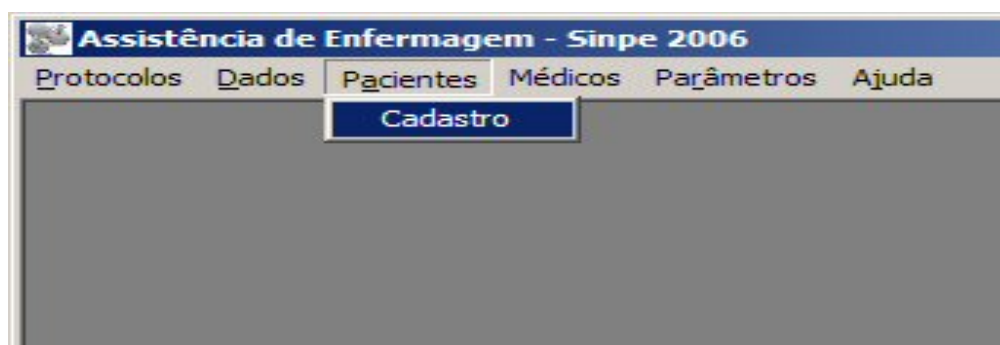


FIGURA 10 – TELA DE EDIÇÃO DO CADASTRO DOS PACIENTES DO SINPE ®

A figura 10 demonstra o primeiro passo que o usuário comum deve dar para iniciar a coleta dos dados. Ao clicar sobre o item "Pacientes" aparecerá a opção "Cadastro", que deve ser escolhida. Ela dará entrada à outra tela, onde há a possibilidade de preenchimento dos campos de informações cadastrais dos pacientes.

Cadastro de Pacientes

Dados do Paciente

Código: 2289

Nome: A. R. F. M.

Sexo: Feminino

Raça: Branca

Profissão:

D. Nasc.: 5/ 8 /1957

Prontuário: 3

Doc. RG:

Doc. CPF:

Outro Doc.:

N. Outro Doc.:

Inserir Excluir Alterar Cancelar Gravar

Pacientes Cadastrados

idPaciente	sNomePacien	idInstituicao	sNomeInstitui	dDataCadastr	idUsuarioCad	sNomeUsuari	dDataUltimaA	idUsuarioUlti	sNomeUsuari	sSexo	SexoDescrica	sRaca
2289	A. R. F. M.	26	Hospital Evan	8/12/2004	1	Marcos Fabia	4/10/2006	123	Elaine Rossi	F	Feminino	B
4532	A.A.S.N	26	Hospital Evan	7/8/2006	134	Usuário do H	4/10/2006	123	Elaine Rossi	F	Feminino	B
4639	A.B.P	26	Hospital Evan	4/9/2006	134	Usuário do H	4/9/2006	134	Usuário do H	M	Masculino	N
4701	A.C.M	26	Hospital Evan	4/9/2006	134	Usuário do H	4/9/2006	134	Usuário do H	M	Masculino	B
4415	A.C.M.P	26	Hospital Evan	17/8/2005	123	Elaine Rossi	17/8/2005	123	Elaine Rossi	M	Masculino	B
4476	A.C.S	26	Hospital Evan	15/2/2006	134	Usuário do H	4/10/2006	123	Elaine Rossi	M	Masculino	B
4595	A.C.S.V	26	Hospital Evan	7/8/2006	134	Usuário do H	4/10/2006	123	Elaine Rossi	F	Feminino	B
4676	A.G.C	26	Hospital Evan	4/9/2006	134	Usuário do H	4/9/2006	134	Usuário do H	M	Masculino	B
4461	A.G.P	26	Hospital Evan	9/2/2006	134	Usuário do H	11/2/2006	134	Usuário do H	F	Feminino	B
4706	A.J.L	26	Hospital Evan	4/9/2006	134	Usuário do H	4/9/2006	134	Usuário do H	M	Masculino	B
4584	A.L	26	Hospital Evan	7/8/2006	134	Usuário do H	7/8/2006	134	Usuário do H	M	Masculino	B
4704	A.L.F	26	Hospital Evan	4/9/2006	134	Usuário do H	4/9/2006	134	Usuário do H	M	Masculino	B
4507	A.M.C.F	26	Hospital Evan	20/2/2006	134	Usuário do H	20/2/2006	134	Usuário do H	F	Feminino	B
4549	A.M.D	26	Hospital Evan	10/5/2006	134	Usuário do H	10/5/2006	134	Usuário do H	F	Feminino	B
4496	A.N	26	Hospital Evan	20/2/2006	134	Usuário do H	20/2/2006	134	Usuário do H	F	Feminino	R

Fechar

FIGURA 11 – TELA DE CADASTRO DOS PACIENTES DO SINPE ©

A figura 11 mostra os dados compulsórios de cadastramento dos pacientes: nome, sexo, raça. Os outros dados não são de preenchimento obrigatório. No quadro branco, na parte inferior da tela, encontra-se a relação dos pacientes cadastrados.

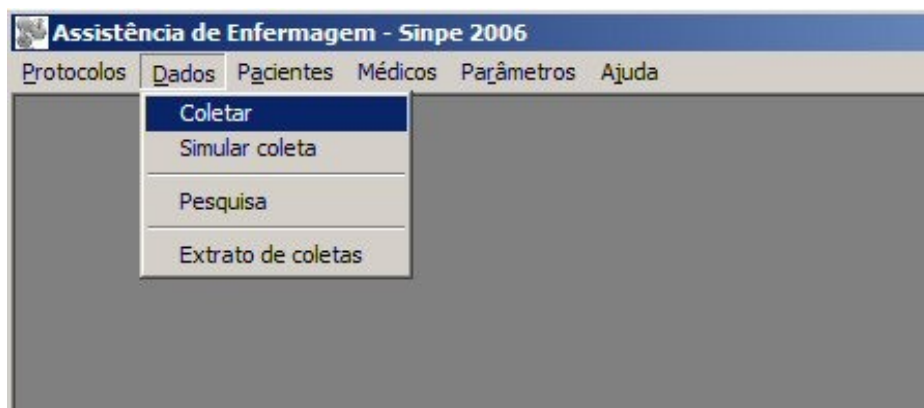


FIGURA 12 – TELA DE ENTRADA NO ITEM "COLETAR" DO SINPE ©

A figura 12 mostra o segundo passo a ser dado pelo coletor. Ou seja, sair da tela de cadastramento e clicar sobre o item "Dados", onde aparecerão três possibilidades: coletar, simular coleta e pesquisa. O item "Simular coleta" oferece ao coletor uma forma de treinamento com preenchimento dos prontuários, sendo facultativa sua aplicação. O item "Pesquisa" só pode ser ativado pelo administrador e será mostrado mais adiante. O item "Coletar" deve ser a opção do coletor.

FIGURA 13 – TELA DE ESCOLHA DO PROTOCOLO ESPECÍFICO E DO PACIENTE A SER CADASTRADO NO SINPE ©

A figura 13 surge após clicar no item "Nova coleta", oferecendo as opções dos

diferentes protocolos específicos (distúrbios) além de mostrar todos os pacientes cadastrados em ordem alfabética. Basta clicar sobre as setas posicionadas em direção inferior e, então, escolher a alternativa a ser seguida.

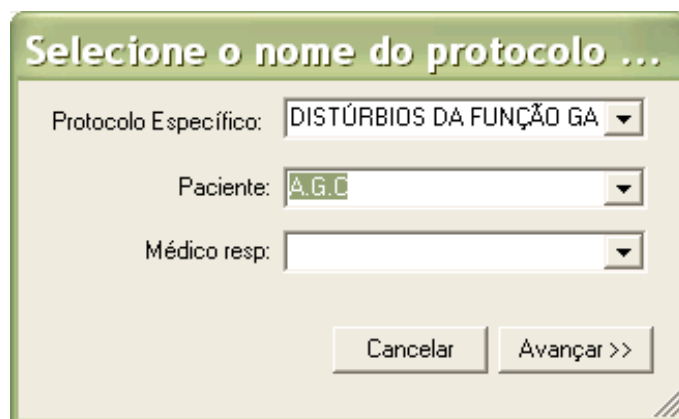
A imagem mostra uma janela de software com o título "Selecione o nome do protocolo ...". Dentro da janela, há três campos de seleção: "Protocolo Específico:" com o valor "DISTÚRBIOS DA FUNÇÃO GA" selecionado; "Paciente:" com o valor "A.G.C" selecionado; e "Médico resp:" que está vazio. Na parte inferior da janela, há dois botões: "Cancelar" e "Avançar >>".

FIGURA 14 –TELA DE ESCOLHA DO PROTOCOLO ESPECÍFICO E DO CASO A SER COLETADO, SINPE®

A figura 14 exemplifica a tela anterior, mostrando o distúrbio da função gastrointestinal tendo sido selecionada e o nome e registro do paciente cujos dados serão inseridos na base de dados. Após a escolha, o coletor deve clicar sobre o item "Avançar" para chegar à tela 15.

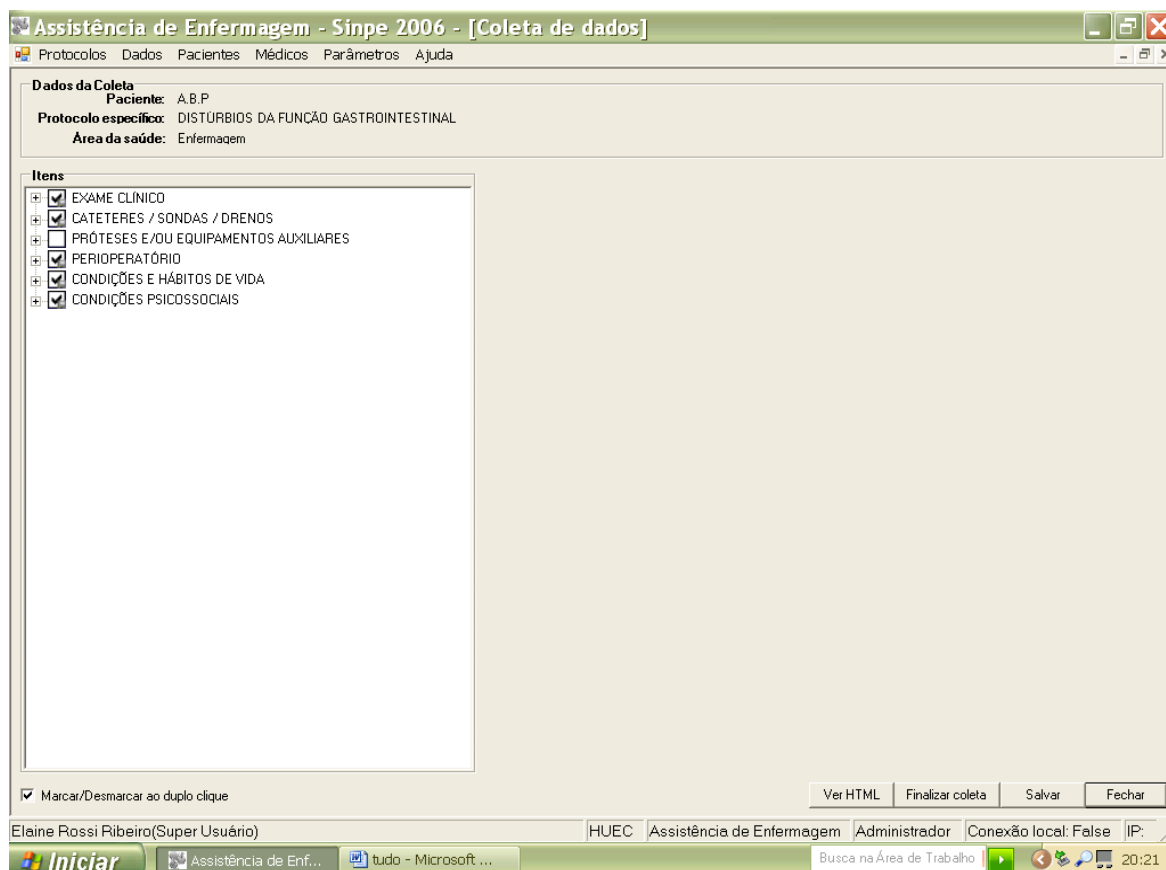


FIGURA 15 – TELA DO PROTOCOLO ESPECÍFICO A SER PREENCHIDO NO SINPE ©

A figura 15 é referente ao protocolo específico. Na parte superior esquerda aparecem o nome do paciente, o protocolo específico e a área de saúde a qual pertence à base de dados (no caso, Enfermagem). No quadro branco aparecem as opções do protocolo específico, ainda com as pastas fechadas.

No exemplo, o coletador dá um duplo clique no item observado no paciente, e ao final da coleta digita o botão salvar. A coleta poderá ser finalizada, mas neste caso, nenhum outro item poderá ser acrescentado pelo coletador.

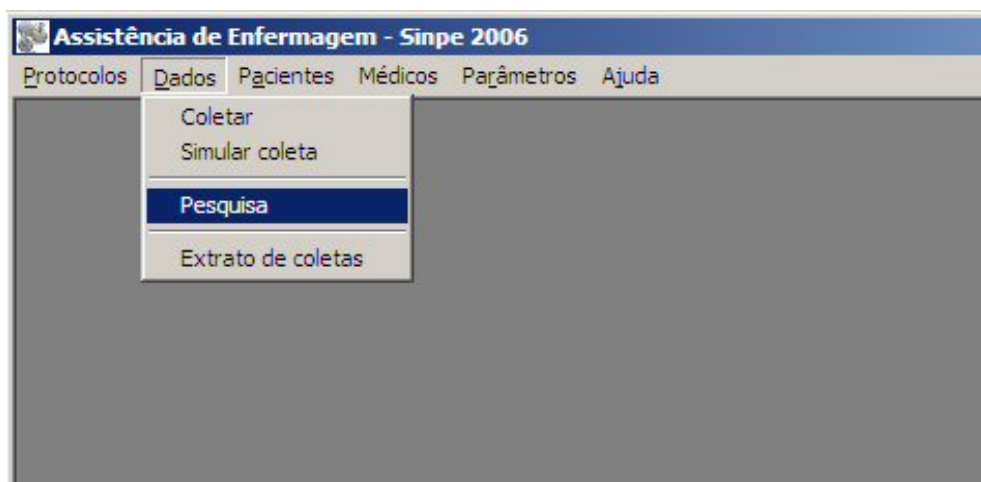


FIGURA 16- TELA DE ENTRADA NA TELA PESQUISA DO SINPE ©

A tela mostra o ícone de conexão “pesquisa” , primeiro passo dado pelo pesquisador ao iniciar o processo de pesquisar dados (FIGURA 16).

Assistência de Enfermagem - Sinpe 2006 - [Pesquisa]

Protocolos Dados Pacientes Médicos Parâmetros Ajuda

Critérios da Pesquisa

Protocolo Específico: [Dropdown]

Tipo de pesquisa: [Dropdown]

Período de coleta

☐ Antes de: ☐ Depois de: ☐ Entre: ☒ Qualquer:

Pacientes das Instituições:

- ☐ HC-UFPR (HC - Universidade Federal do Paraná)
- ☐ UNICAMP (HC-UNICAMP-CAMPINAS-SP)
- ☐ HT (Hospital do Trabalhador)
- ☐ HUEC (Hospital Evangélico de Curitiba)
- ☐ HEL (Hospital Evangélico de Londrina)

☒ Considerar coletas NÃO finalizadas

Itens da pesquisa

☒ Marcar/Desmarcar ao duplo clique

Parâmetros do Item Selecionado | Resultados da Estatísticos | Coletas Localizadas

Resultado em HTML Iniciar Pesquisa Fechar

Elaine Rossi Ribeiro(Super Usuário) HUEC Assistência de Enfermagem Administrador Conexão local: False IP:

FIGURA 17- TELA INICIAL DE PESQUISA DO SINPE ©

Na tela referente à pesquisa, deve-se escolher o protocolo específico, o tipo de

pesquisa que se quer realizar, tal como: item conjuntos (operador E) itens disjuntos (operador OU), e itens exatos. Há também um quadro para escolha do período da coleta e da instituição (FIGURA 17).

3.3 INTERPRETAÇÃO DAS INFORMAÇÕES COLETADAS, COM DEMONSTRAÇÃO DOS RESULTADOS

O protocolo específico de distúrbios gastrointestinais possui 6 pastas que contêm itens de pesquisa, que são: Exame Clínico; Cateteres/Sondas/Drenos; Prótese e/ou Equipamentos Auxiliares; Perioperatório; Condições e Hábitos de vida e Condições Psicossociais, os quais serão apresentados como forma de demonstrar os resultados obtidos em valores percentuais.

Os dados relacionados à assistência de Enfermagem, obtidos através das entrevistas com pacientes e familiares, foram tabulados eletronicamente. As variáveis puderam ser cruzadas entre si e/ou separadamente, e os resultados mais expressivos serão, na seqüência, apresentados e discutidos.

3.4. INSTALAÇÃO E APLICAÇÃO DO MÓDULO INTERFACE DE VISUALIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES

O módulo Interface de Visualização de Informação foi adicionado ao Programa, para visualização do conteúdo e análise dos dados do protocolo selecionado. Foi utilizado para gerar gráficos, estatísticas, imprimir resultados e importar dados.

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

A análise deste estudo será dividida didaticamente em duas partes:

4.1 – Apresentação:

4.1.1 - informações coletadas e resultados obtidos

4.1.2 – uso da interface de visualização das informações

4.1.1 INFORMAÇÕES COLETADAS E RESULTADOS OBTIDOS

Descreve-se a seguir a possibilidade de pesquisar itens no próprio programa. Basta clicar sobre a instituição cadastrada ou em todas (se a opção for de resultados multicêntricos), escolher o protocolo específico (no caso, distúrbios da função gastrointestinal), período de coleta, itens de pesquisa (no caso " hipertermia") e clicar sobre "iniciar pesquisa". Os resultados aparecem automaticamente na parte direita da tela. Há também possibilidade de transporte dos resultados para uma planilha do Word, por meio do item "Ver HTML", presente na parte inferior da tela (FIGURA 18).

Assistência de Enfermagem - Sinpe 2006 - [Pesquisa]

Protocolos Dados Pacientes Médicos Parâmetros Ajuda

Critérios da Pesquisa
Protocolo Específico: DISTÚRBIOS DA FUNÇÃO GASTROINTESTINAL
Tipo de pesquisa: Itens disjuntos (operador OU)
 Período de coleta
 Antes de: Depois de: Entre: Qualquer:

Pacientes das Instituições:
☒ HUEC (Hospital Evangélico de Curitiba)
☐ HEL (Hospital Evangélico de Londrina)
☐ HMCC (Hospital Ministro Costa Cavalcante)
☐ OUTRA (Outra Instituição)
☐ UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo)
☒ Considerar coletas NÃO finalizadas

Itens da pesquisa
☒ EXAME CLÍNICO
☒ SINAIS VITAIS
☒ TEMPERATURA
 normal
 hipertermia
 hipotermia
 local
☐ PULSO
☐ RESPIRAÇÃO
☐ PRESSÃO ARTERIAL
☐ CAVIDADE ORAL
☐ ESTRUTURA INTERNA
☐ TIREÓIDE
☐ LARINGE
☐ ESÔFAGO
☐ ABDOME
☐ ESTÔMAGO
☐ INTESTINO
☐ RETO
☐ ANUS
☐ OSTOMIAS
☐ FERIDA CIRÚRGICA
☐ CATETERES / SONDAS / DRENOS
☐ PRÓTESES E/OU EQUIPAMENTOS AUXILIARES
☐ PERIOPERATÓRIO
☐ CONDIÇÕES E HÁBITOS DE VIDA
☐ Marcar/Desmarcar ao duplo clique

Parâmetros do Item Selecionado | Resultados da Estatísticas | Coletas Localizadas
 Detalhes do Item para Pesquisa
 419139
☒ Item Selecionado
Explicação: temperatura corporal acima do padrão normal
Valor: Lógico (sim/não)

Resultado em HTML Iniciar Pesquisa Fechar

Elaine Rossi Ribeiro(Super Usuário) HUEC Assistência de Enfermagem Administrador Conexão local: False IP:

Iniciar Assistência de Enf... tudo - Microsoft ... Busca na Área de Trabalho 20:33

FIGURA 18 – TELA INICIAL DE PESQUISA ABERTA DO SINPE ©

Assistência de Enfermagem - Sinpe 2006 - [Coleta de Dados]

Protocolos Dados Pacientes Médicos Parâmetros Ajuda

Coletas de dados já realizadas

idColetaProto	idPaciente	sNomePacien	idProtocoloEs	sNomeProtocolo	idUsuario	sNomeUsuario	dDataInicioCo	bColetaFinalizada	dDataFimC
2108	2289	A. R. F. M.	1162	DISTÚRBIOS DA FUNÇÃO CARDÍ	123	Elaine Rossi Ribeiro	5/10/2006		(null)
2107	2289	A. R. F. M.	1037	DISTÚRBIOS DA FUNÇÃO GAST	123	Elaine Rossi Ribeiro	4/10/2006		(null)
1964	4592	A.A.S.N	1037	DISTÚRBIOS DA FUNÇÃO GAST	134	Usuário do HUEC	14/8/2006		(null)
2082	4639	A.B.P	1037	DISTÚRBIOS DA FUNÇÃO GAST	134	Usuário do HUEC	20/9/2006		(null)
2028	4701	A.C.M	1037	DISTÚRBIOS DA FUNÇÃO GAST	134	Usuário do HUEC	11/9/2006		(null)
1798	4415	A.C.M.P	1037	DISTÚRBIOS DA FUNÇÃO GAST	123	Elaine Rossi Ribeiro	17/8/2005		(null)
1861	4476	A.C.S	1037	DISTÚRBIOS DA FUNÇÃO GAST	134	Usuário do HUEC	15/2/2006		(null)
1967	4595	A.C.S.V	1037	DISTÚRBIOS DA FUNÇÃO GAST	134	Usuário do HUEC	19/8/2006		(null)
2060	4676	A.G.C	1037	DISTÚRBIOS DA FUNÇÃO GAST	134	Usuário do HUEC	19/9/2006		(null)
1846	4461	A.G.P	1037	DISTÚRBIOS DA FUNÇÃO GAST	134	Usuário do HUEC	11/2/2006		(null)
1956	4584	A.L	1037	DISTÚRBIOS DA FUNÇÃO GAST	134	Usuário do HUEC	7/8/2006		(null)
2031	4704	A.L.F	1037	DISTÚRBIOS DA FUNÇÃO GAST	134	Usuário do HUEC	12/9/2006		(null)
1892	4507	A.M.C.F	1037	DISTÚRBIOS DA FUNÇÃO GAST	134	Usuário do HUEC	21/2/2006		(null)
1929	4549	A.M.D	1037	DISTÚRBIOS DA FUNÇÃO GAST	134	Usuário do HUEC	10/5/2006		(null)
1881	4496	A.N	1037	DISTÚRBIOS DA FUNÇÃO GAST	134	Usuário do HUEC	20/2/2006		(null)
1854	4469	A.P.A	1037	DISTÚRBIOS DA FUNÇÃO GAST	134	Usuário do HUEC	12/2/2006		(null)
1877	4492	A.P.S	1037	DISTÚRBIOS DA FUNÇÃO GAST	134	Usuário do HUEC	16/2/2006		(null)
2046	4691	A.R.F	1037	DISTÚRBIOS DA FUNÇÃO GAST	134	Usuário do HUEC	19/9/2006		(null)
1958	4596	A.R.L	1037	DISTÚRBIOS DA FUNÇÃO GAST	134	Usuário do HUEC	7/8/2006		(null)
2069	4656	A.R.S	1037	DISTÚRBIOS DA FUNÇÃO GAST	134	Usuário do HUEC	19/9/2006		(null)
1860	4475	A.R.W	1037	DISTÚRBIOS DA FUNÇÃO GAST	134	Usuário do HUEC	15/2/2006		(null)
1909	4524	A.S	1037	DISTÚRBIOS DA FUNÇÃO GAST	134	Usuário do HUEC	13/3/2006		(null)
1913	4528	A.S.D	1037	DISTÚRBIOS DA FUNÇÃO GAST	134	Usuário do HUEC	13/3/2006		(null)
1866	4481	A.S.S	1037	DISTÚRBIOS DA FUNÇÃO GAST	134	Usuário do HUEC	15/2/2006		(null)
2032	4678	A.S.S	1037	DISTÚRBIOS DA FUNÇÃO GAST	134	Usuário do HUEC	18/9/2006		(null)
2065	4652	A.T.M	1037	DISTÚRBIOS DA FUNÇÃO GAST	134	Usuário do HUEC	19/9/2006		(null)
1802	4418	ACMP	1037	DISTÚRBIOS DA FUNÇÃO GAST	134	Usuário do HUEC	1/12/2005		1/12/2005
1811	4426	ADC	1037	DISTÚRBIOS DA FUNÇÃO GAST	134	Usuário do HUEC	2/12/2005		2/12/2005
1853	4468	B.A.S	1037	DISTÚRBIOS DA FUNÇÃO GAST	134	Usuário do HUEC	11/2/2006		(null)
1925	4540	B.V	1037	DISTÚRBIOS DA FUNÇÃO GAST	134	Usuário do HUEC	24/3/2006		(null)
1815	4430	BAS	1037	DISTÚRBIOS DA FUNÇÃO GAST	134	Usuário do HUEC	2/12/2005		(null)
1896	4511	C.B	1037	DISTÚRBIOS DA FUNÇÃO GAST	134	Usuário do HUEC	22/2/2006		(null)

Visualizar/Editar Coleta Nova Coleta Fechar

Elaine Rossi Ribeiro(Super Usuário) HUEC Assistência de Enfermagem Administrador Conexão local: False IP:

Iniciar Assistência de Enf... tudo - Microsoft ... Busca na Área de Trabalho 20:23

FIGURA 19 – TELA DE COLETAS DE DADOS JÁ REALIZADAS NO SINPE ©

A figura mostra a lista de pacientes já cadastrados, o nome do protocolo, nome do usuário, data de início e final de cada coleta (FIGURA 19).



FIGURA 20 – TELA DE EDIÇÃO DE COLETA DO SINPE ©

Ao eleger um determinado paciente, deve-se clicar no botão “ Visualizar/Editar Coleta” e outro quadro aparecerá na tela, exemplificado na figura 18, a seguir (FIGURA 20).

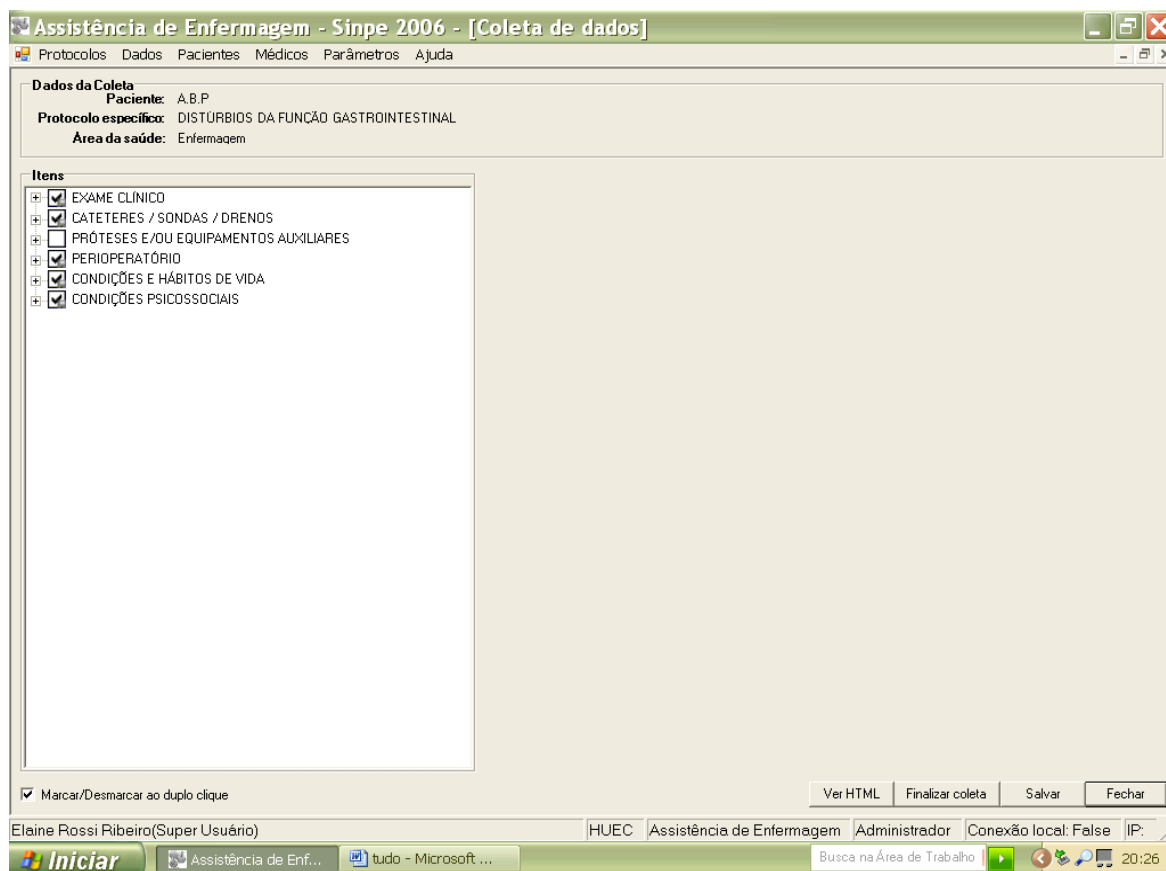


FIGURA 21 – TELA DE ITENS COLETADOS NO SINPE ©

Pode-se visualizar os itens já coletados, aqueles marcados com um clique no identificador do item (FIGURA 21).

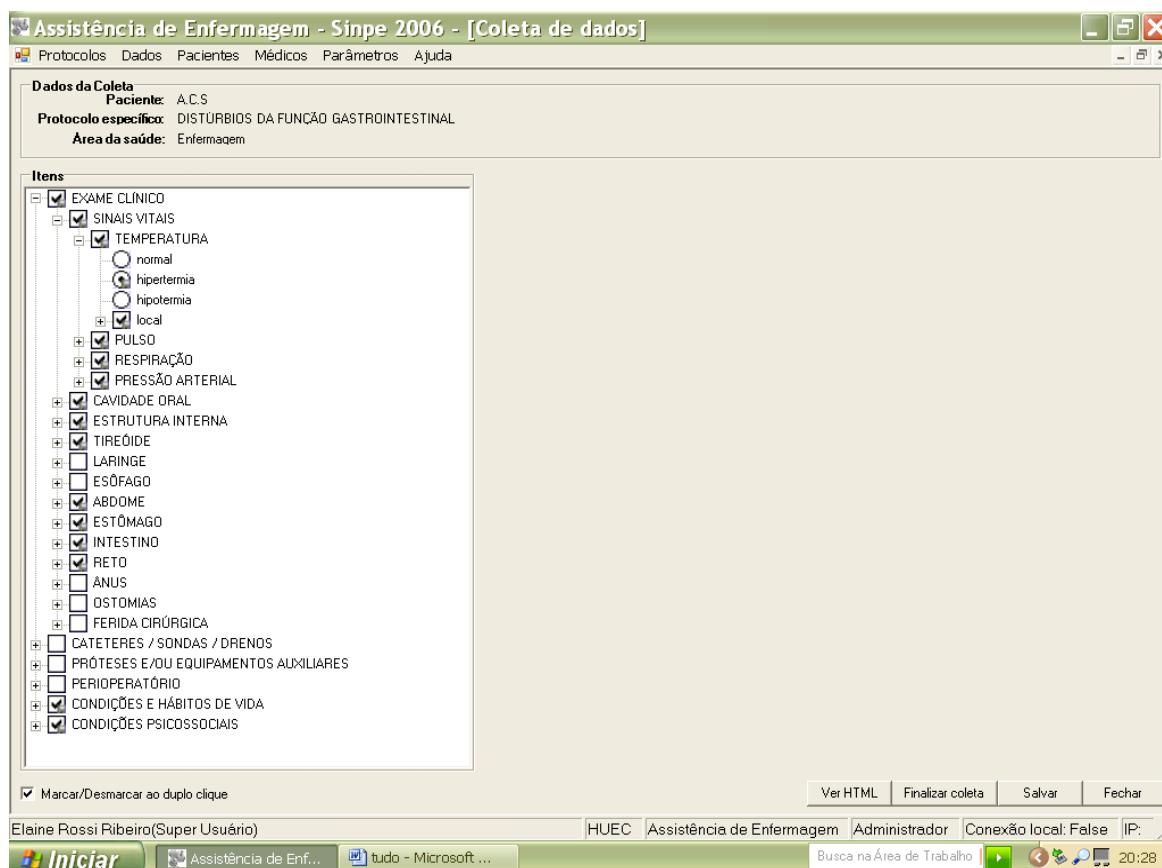


FIGURA 22 – TELA DE EXEMPLO DE ITEM EXAME CLÍNICO NO SINPE ©

A figura 22 mostra que, ao clicar sobre o item "Exame Clínico" abrir-se-ão alternativas de preenchimento objetivo. Alguns itens são fechados (sem subdivisão) outros são abertos (com necessidade de complementar a informação). No exemplo acima, o coletor selecionou o item "Sinais Vitais" (que possui subdivisão). Houve então necessidade de clicar sobre o item "Temperatura" (o qual também possui subdivisão), havendo necessidade de clicar sobre o item específico "hipertermia".

Enquanto as pastas vão se alterando à medida que segue o preenchimento do protocolo, cada item selecionado apresenta características únicas, cujas explicações aparecem automaticamente à direita do observador. O tipo de seleção (que pode ser de única ou múltipla seleção), neste caso, como não é possível que o paciente tenha ao mesmo tempo hipertermia ou hipotermia, sendo que uma exclui automaticamente a outra, o item é considerado de única seleção.

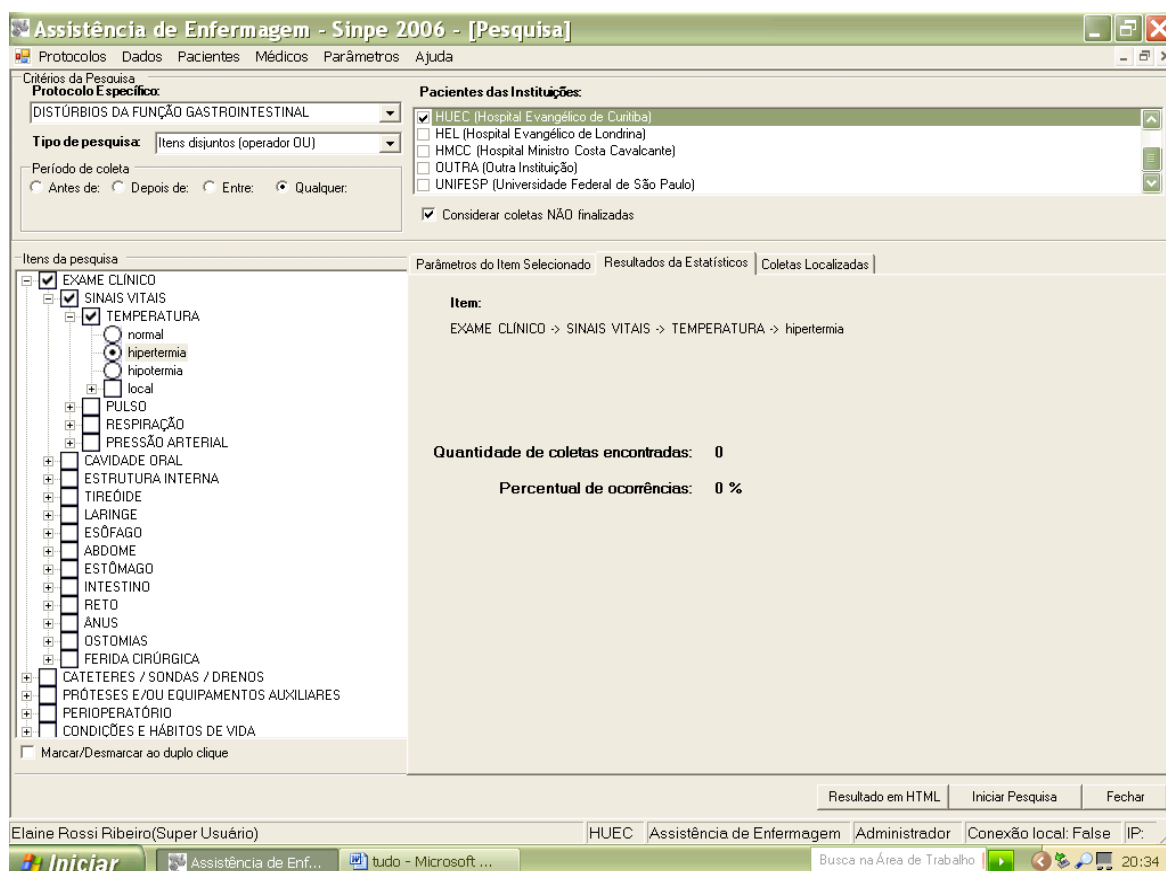


FIGURA 23 – TELA DE PESQUISA DO SINPE ©

A figura 23 demonstra que ao clicar no ícone resultados estatísticos e em seguida iniciar a pesquisa, surge na tela nova janela indicando o número de coletas encontradas referente ao item demarcado.

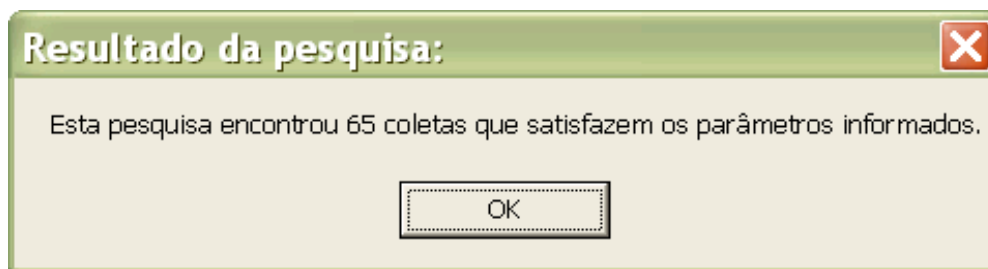


FIGURA 24 – TELA DE RESULTADO DA PESQUISA DO SINPE ©

A janela demonstra que no exemplo foram encontrados 65 coletas que satisfazem o parâmetro informado (FIGURA 24).

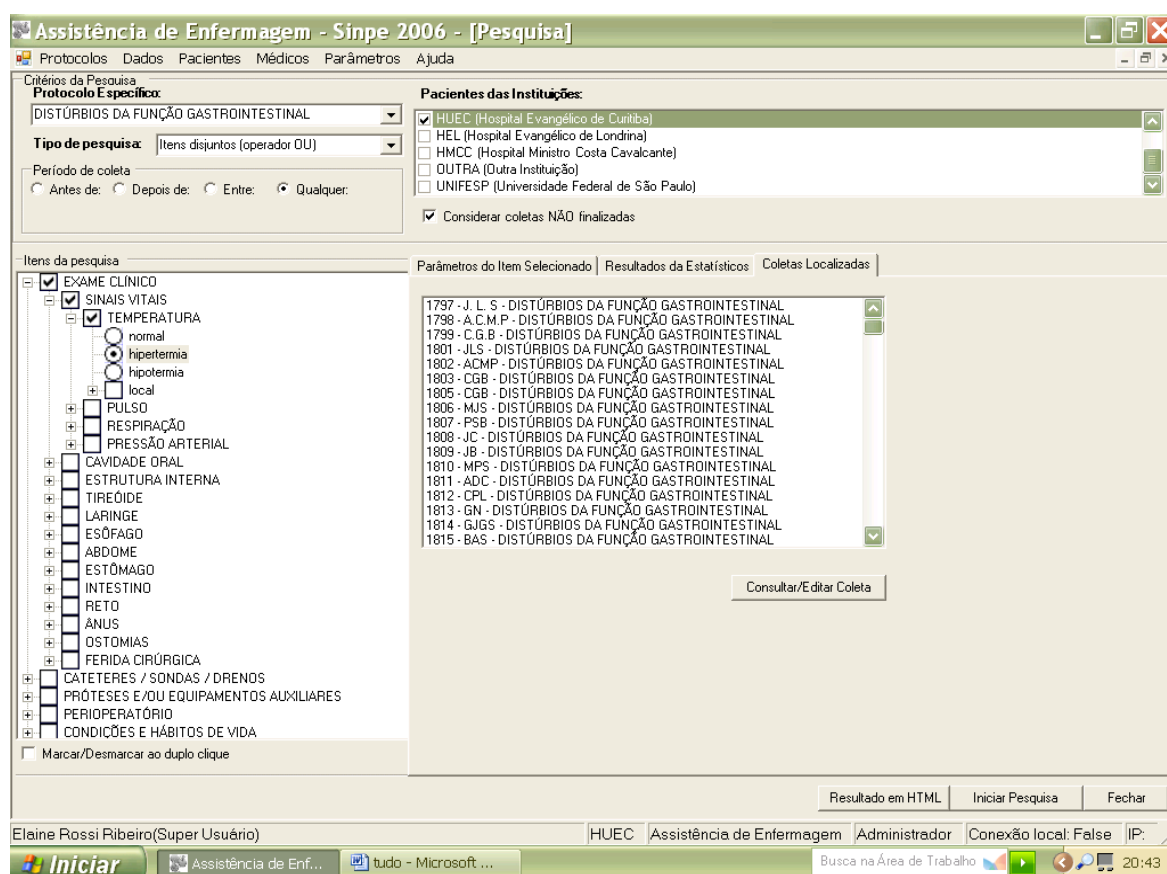


FIGURA 25 – TELA DE COLETAS LOCALIZADAS DO SINPE ©

A tela evidencia, no quadro à direita, os nomes e cadastro dos pacientes com hipertermia, segundo o número de coletas localizadas. (FIGURA 25)

Considerando-se um total de 1031 dados de coletas do protocolo específico, elegeu-se somente alguns itens e sub-itens de cada pasta do protocolo dos distúrbios da função gastrintestinais para serem descritos e analisados neste capítulo. Pontua-se que o quadro geral com a totalidade das informações encontra-se no Anexo II.

A primeira pasta do protocolo específico dos distúrbios gastrointestinais refere-se ao

exame clínico, e neste exemplo evidenciam-se os dados relativos a: sinais vitais, especificamente o sub-item pressão arterial, cavidade oral, procedimentos diagnósticos, nutrição / hidratação e ostomias.

Descrição	Ocorrências -%
PRESSÃO ARTERIAL	
Hipertensão	12,583
- leve	8,609
- moderada	2,649
- intensa	1,325
- sistólica	0,000
- diastólica	0,000
Hipotensão	2,980

QUADRO 1 – EXAME CLÍNICO - ITEM: PRESSÃO ARTERIAL

O Quadro 1 revela que 12,583 % dos pacientes apresentaram hipertensão, sendo 8,609% leve, 2,649% moderada e 1,325% intensa. Em relação à hipertensão sistólica e diastólica, nenhuma ocorrência foi apresentada.

DESCRIÇÃO	OCORRÊNCIAS %
Dentes	99,338
- normais	40,066
- careados	5,298
- tártaro	5,298
- ausência de dentes	24,503
- amolecimento dos dentes	2,980
Prótese	43,377
- arcada superior	42,053
- arcada inferior	39,735
Cor	85,430
- brancos	26,159
- amarelecidos	57,947
- acinzentados	1,325
escovação normal	56,291
limpeza ineficaz	30,464
uso de fio dental	11,921
frequencia de visitas ao dentista	77,815
- 1 vez ao ano	16,225
- 2 vezes ao ano	10,927
- cada dois anos	

QUADRO 2 – EXAME CLÍNICO - ITEM: CAVIDADE ORAL

O Quadro 2 evidencia os sinais relacionados à cavidade oral, considerando que 40,0% dos pacientes apresentam dentição normal, 5,29% careados e 5,29% com tártaro. A ausência de dentes apresentou-se em 24,5% dos pacientes, sendo que um total de 81,7% usam prótese dentária. Quanto à coloração, 57,9% são amarelados, 26,1% brancos. A escovação normal foi evidenciada em 56,25% dos pacientes, enquanto 30% apresentaram limpeza ineficaz. A frequência de visitas ao dentista quando sente dor, em 41,75% dos pacientes, uma vez ao ano em 16,225%, duas vezes ao ano, em 10,9% e há cada dois anos, 7,285% dos pacientes.

Descrição	Ocorrências %
Procedimentos diagnósticos	35,762
- seriografia GI alta	0,000
- estudo com duplo contraste	0,000
- infusão contínua	0,000
- enema baritado	0,331
- estimulação ácido-gástrica	0,000
- fibroscopia gastrointestinal	3,311
- anoscopia	0,000
- proctoscopia	0,000
- sigmoidoscopia	0,331
- colonoscopia	10,265
- sangue oculto nas fezes	11,921
- ultra-sonografia	25,828
- tomografia computadorizada	1,656
- ressonância magnética	0,000

QUADRO 3 – EXAME CLÍNICO – ITEM:PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICO

O Quadro 3 demonstra que os exames diagnósticos realizados percentualmente em maior número foram: ultra-sonografia, em 25,8% dos pacientes, sangue oculto em 11,9% e colonoscopia em 10,2%.

Descrição	Ocorrências %
Nutrição	80,795
- além das necessidades corporais	4,636
- aquém das necessidades corporais	9,603
- equilibrada	61,589
- obesidade mórbida	4,967
Hidratação	91,060
- além da necessidade corporal	0,000
- aquém da necessidade corporal	8,609

O Quadro 4 evidencia os índices das necessidades corporais referentes à nutrição e hidratação. Pacientes com nutrição equilibrada foram 61,5%, seguidos de 9,6% de pacientes com nutrição aquém das necessidades corporais. Igualmente para hidratação, 63,2% dos pacientes apresentaram hidratação equilibrada, enquanto 8,6% aquém da necessidade corporal. A obesidade mórbida foi identificada em 4,9% dos pacientes.

DESCRIÇÃO	OCORRÊNCIAS -%
OSTOMIAS	26,159
Traqueostomia	2,980
Esofagomiotomia	0,000
Gastrostomia	2,980
Cistostomia	0,000
Jejunostomia	0,662
Colostomia	11,258
- ascendente	4,305
- transversa	0,000
- descendente	6,954
- sigmóidea	0,000
ileostomia	0,000
ureteroileostomia	0,000
ureterossigmoidostomia	0,000

QUADRO 5 - EXAME CLÍNICO - ITEM: OSTOMIAS

Quanto a Ostomias, identificou-se 11,2% dos pacientes com colostomia, sendo 4,3% do tipo ascendente e 6,9% descendente. A gastrostomia e a traqueostomia apareceram em 2,9% dos pacientes (QUADRO 5).

A segunda pasta do protocolo específico dos distúrbios gastrointestinais refere-se ao uso de cateteres, sondas e drenos, e os exemplos apresentados são relacionados ao item cateteres: sub-item cateteres venosos periféricos.

DESCRIÇÃO	OCORRÊNCIAS %
-----------	---------------

CATETERES / SONDAS / DRENOS	87,417
CATETERES	86,755
venosos periféricos	82,781
com exsudato	1,325
- seroso	1,325
- leitoso	0,000
- sanguinolento	0,000
- serosanguinolento	0,000
- edemaciado	0,331
- hiperemiado	0,662
- com hematoma	1,987
venosos centrais	3,974
com exsudato	0,000
- seroso	0,000
- leitoso	0,000
- sanguinolento	0,000
- serosanguinolento	0,000
edemaciado	0,000
hiperemiado	0,000
com hematoma	0,000

QUADRO 6 - CATETERES, SONDAS E DRENOS – ITEM: CATETERES VENOSOS PERIFÉRICOS E CENTRAIS

O Quadro 6 demonstra que os cateteres periféricos apresentaram exsudato seroso em 1,3% dos casos, hiperemia em 0,6%, hematoma em 1,9% e edema em 0,3% dos pacientes. Quanto aos cateteres centrais, nenhum sintoma foi apresentado.

A terceira pasta do protocolo específico dos distúrbios gastrointestinais refere-se ao uso de próteses e / ou equipamentos auxiliares, demonstrado em termos percentuais.

DESCRIÇÃO	OCORRENCIAS - %
PRÓTESES E/OU EQUIPAMENTOS AUXILIARES	
	41,060
Dentaduras	35,099
pontes móveis	2,649
corretores dentários	1,325
aparelho ortodôntico	1,325
restauração	0,000

QUADRO 7 - PRÓTESES E/OU EQUIPAMENTOS AUXILIARES

Quanto ao uso de próteses e/ou equipamentos auxiliares, revelou-se que 35% dos pacientes usam dentadura, 2,6% usam pontes móveis e o mesmo percentual de corretores dentários. (QUADRO 7)

A quarta pasta do protocolo específico dos distúrbios gastrointestinais refere-se ao período perioperatório. Apresenta-se o item pré-operatório com sub-item medicação.

DESCRIÇÃO	OCORRÊNCIAS - %
PERIOPERATÓRIO	38,742
PRÉ-OPERATÓRIO	23,179
medicação pré-operatória	10,265
- analgésicos	0,000
- antibióticos profiláticos	6,623
- anticolinérgicos	0,662
- barbitúricos/tranquilizantes	3,642
- opiáceos	0,000

QUADRO 8 – PERIOPERATÓRIO – ITEM: PRÉ- OPERATÓRIO

O Quadro 8 aponta que 10,2% dos pacientes fizeram uso de medicação pré-operatória, sendo 6,6% com antibióticos profiláticos e 3,6% com barbitúricos ou tranquilizantes.

DESCRIÇÃO	OCORRENCIAS - %
PÓS-OPERATÓRIO	15,894
COMPLICAÇÕES	12,914
choque	0,993
- anafilático	0,000
- cardiogênico	0,000
- hipovolêmico	0,662
- neurogênico	0,000
- séptico	0,000
- térmico	0,331
- hemorragia	0,331
- primária	0,331
- intermediária	0,000
- secundária	0,000
- hemorragia capilar	0,000
- hemorragia venosa	0,000
- hemorragia arterial	0,000
- trombose venosa profunda	0,000
- embolia pulmonar	0,000
complicações respiratórias	0,000
- hipoxemia não-detectada	0,000
- atelectasia	0,000
- bronquite	0,000
- broncopneumonia e pneumonia	0,000
- congestão pulmonar hipostática	0,000
- pleurisia	0,000
superinfecção	0,000
retenção urinária	0,662
obstrução intestinal	9,934
psicose pós-operatória	0,000

QUADRO 9 – PERIOPERATÓRIO – ITEM:PÓS-OPERATÓRIO

As complicações detectadas referem-se à obstrução intestinal em 9,9 % dos casos, seguidas de choque (0,9%) sendo do tipo hipovolêmico 0,66% e térmico em 0,33% dos pacientes. A retenção urinária aparece com um percentual de 0,6% e a hemorragia primária com 0,3% dos casos.(QUADRO 9)

A quinta pasta do protocolo específico dos distúrbios gastrointestinais refere-se às condições e hábitos de vida. Os exemplos que se seguem demonstram numericamente alguns aspectos do cotidiano dos pacientes que podem afetar a condição de saúde integral, tais como: tabagismo e etilismo.

DESCRIÇÃO	OCORRÊNCIAS %
CONDIÇÕES E HÁBITOS DE VIDA	98,676
tabagismo	97,020
- não fuma atualmente	58,940
- fumou por um tempo	16,556
parou de fumar há	12,914
- 1 ano	3,311
- 2 anos	1,987
- 5 anos	0,662
- mais de 5 anos	6,954
- sim, fuma atualmente	21,192
tempo de tabagismo	21,192
- durante 5 anos	0,662
- durante 10 anos	1,656
- durante 20 anos	13,245
- durante mais de 30 anos	5,629
Quantidade	20,199
- 20 cigarros/dia	15,563
- 40 cigarros /dia	4,636
- mais de 40 cigarros/dia	0,000
hábito de mascar fumo	0,000

QUADRO 10 - CONDIÇÕES E HÁBITOS DE VIDA - ITEM:TABAGISMO

O Quadro 10 demonstra que 58,9% dos pacientes nunca fumou e 16,5% fumaram por um tempo e parou de fumar há 1 ano – 12,9%, há 2 anos – 1,9% e mais de 5 anos, 6,9%. Quanto ao tempo de tabagismo, a incidência foi de 13,2% durante 20 anos, mais de vinte anos com 5,6%. Nenhum dado foi encontrado para o hábito de mascar fumo, embora 15,1% fumem 20 cigarros por dia e 4,6% fumem 40 cigarros diariamente.

DESCRIÇÃO	OCORRÊNCIAS - %
etilismo	92,384
não bebe	82,450

foi etilista	2,649
- durante 5 anos	0,000
- durante 10 anos	1,987
- durante 20 anos	0,000
- mais de 20 anos	0,662
sim, é etilista	3,974
quantidade diária	3,974
- 20 g/álcool/3 vezes/semana	2,318
- 40 g/álcool/ 3 vezes/semana	0,331
- 20 g/álcool/dia	1,325
- 40 g/álcool/dia	0,000
- mais de 40 g/álcool/dia	0,000
parou de beber há	3,311
- 1 ano	0,993
- 2 anos	0,662
- 5 anos	0,000
- mais de 5 anos	1,656

QUADRO 11 - CONDIÇÕES E HÁBITOS DE VIDA – ITEM: ETILISMO

Em relação ao etilismo, desmonstra-se que 82,4% dos pacientes nunca bebeu e que 2,6% foi etilista durante 10 anos – 1,9% e durante mais de 20 anos, 0,6% dos pacientes. Responderam que são etilistas 3,9% dos pacientes, os quais ingerem uma quantidade de 20g/álcool/3 vezes/semana – 2,3% dos pacientes e 20g/álcool/3 vezes/dia – 1,3% deles. Pararam de beber há mais de 5 anos um percentual de 1,6% e há um ano, 0,9% dos pacientes. (QUADRO 11)

A sexta pasta do protocolo específico dos distúrbios gastrointestinais refere-se às condições psicossociais. Os exemplos que se seguem avaliam numericamente os itens relacionados à percepção dos pacientes quanto à imagem corporal, medo e conhecimento da promoção à saúde.

DESCRIÇÃO	OCORRÊNCIAS %
IMAGEM CORPORAL	86,093
- negativa	25,166
- normal	55,298
- positiva	5,629

QUADRO 12 - CONDIÇÕES PSICOSSOCIAIS – ITEM: IMAGEM CORPORAL

O Quadro 12 evidencia que 55,2% dos pacientes apresentam imagem corporal normal, 25,1% negativa e 5,6% positiva.

DESCRIÇÃO	OCORRÊNCIAS - %
MEDO	31,126
- do desconhecido	3,642

- da morte	8,609
- de alteração da imagem corporal	6,954
- de dor	12,914
- do procedimento cirúrgico	6,623

QUADRO 13 - CONDIÇÕES PSICOSSOCIAIS – ITEM:MEDO

O Quadro 13 evidencia que o medo da dor apareceu em 12,9% dos pacientes, seguido pelo medo da morte com 8,6%, da alteração da imagem corporal com 6,9%, do procedimento cirúrgico com 6,6% e com 3,6% dos pacientes com medo do desconhecido.

DESCRIÇÃO	OCORRÊNCIA - %
conhecimento da promoção à saúde	97,020
- sim	55,629
- não	24,503
- parcial	16,556

QUADRO 14 - CONDIÇÕES PSICOSSOCIAIS – ITEM:CONHECIMENTO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

O conhecimento da promoção à saúde foi evidenciado em 55,6% dos pacientes, a falta de conhecimento em 24,5% e um conhecimento parcial em 16,5% dos pacientes. (QUADRO 14)

4.1.3 – USO DA INTERFACE DE VISUALIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Historicamente o SINPE® vem se aprimorando. Desde sua idealização, passou por vários processos de transformação, buscando incrementar suas características e melhorar aspectos de utilização, sempre com vistas ao aprimoramento científico. Em 2000 foi desenvolvido o primeiro protótipo funcional (*Java-based*) e logo em seguida, em 2001, realizou-se nova versão, desenvolvida pelo Prof. Dr. Emerson Paulo Borsato, utilizando Borland Delphi™. No ano de 2002 iniciou-se o desenvolvimento com *dot NET* e C#. e em 2003 uma nova versão funcional. Estudos iniciais com *handheld* e a consecução da Interface *web* foram realizados durante o ano de 2004.

Depois de várias investigações, em 2005 delineou-se um módulo denominado de Módulo de Visualização, pelo Professor Doutor José Simão de Paula Pinto, com o objetivo de projetar e implantar solução de visualização de dados integrável ao SINPE®, capaz de gerar

gráficos e estatísticas e imprimir os resultados, a fim de facilitar sua análise. Para efetivação de sua implantação, faz-se necessário: plataforma Microsoft *dot NET*, ambiente Microsoft Windows 98 em diante, linguagem C#; padrão de desenho MVC, modelo – visão – controlador. (PINTO, 2006)

Objetivando aprimorar a utilização da base de dados informatizada, pode-se fazer uso deste Módulo de Visualização do Sistema Integrado de Protocolos Eletrônicos, SINPE®, disponível na forma de arquivo executável. Após instalação do programa, surge na área de trabalho o ícone denominado “ analisador”, que ao ser clicado evidencia a tela apresentada a seguir.

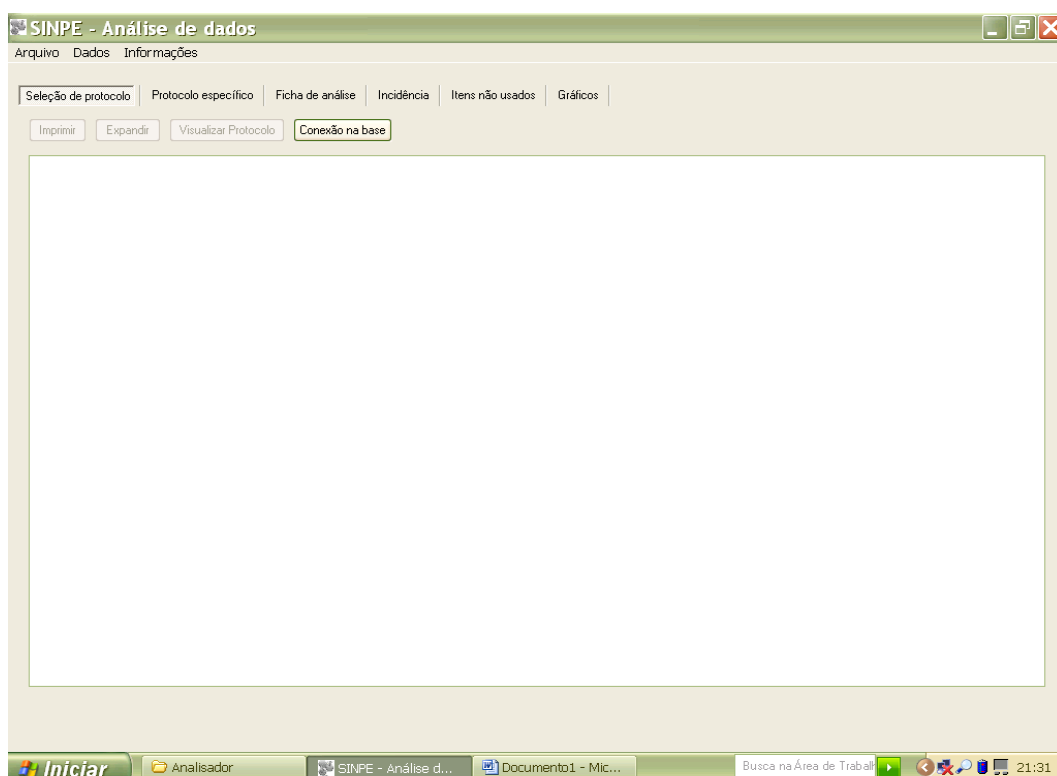


FIGURA 26 – TELA INICIAL DO VISUALIZADOR

A tela apresentada possibilita realizar a conexão na base de dados, selecionar o protocolo desejado e buscar a ficha de análise e a incidência dos dados (Figura 26).

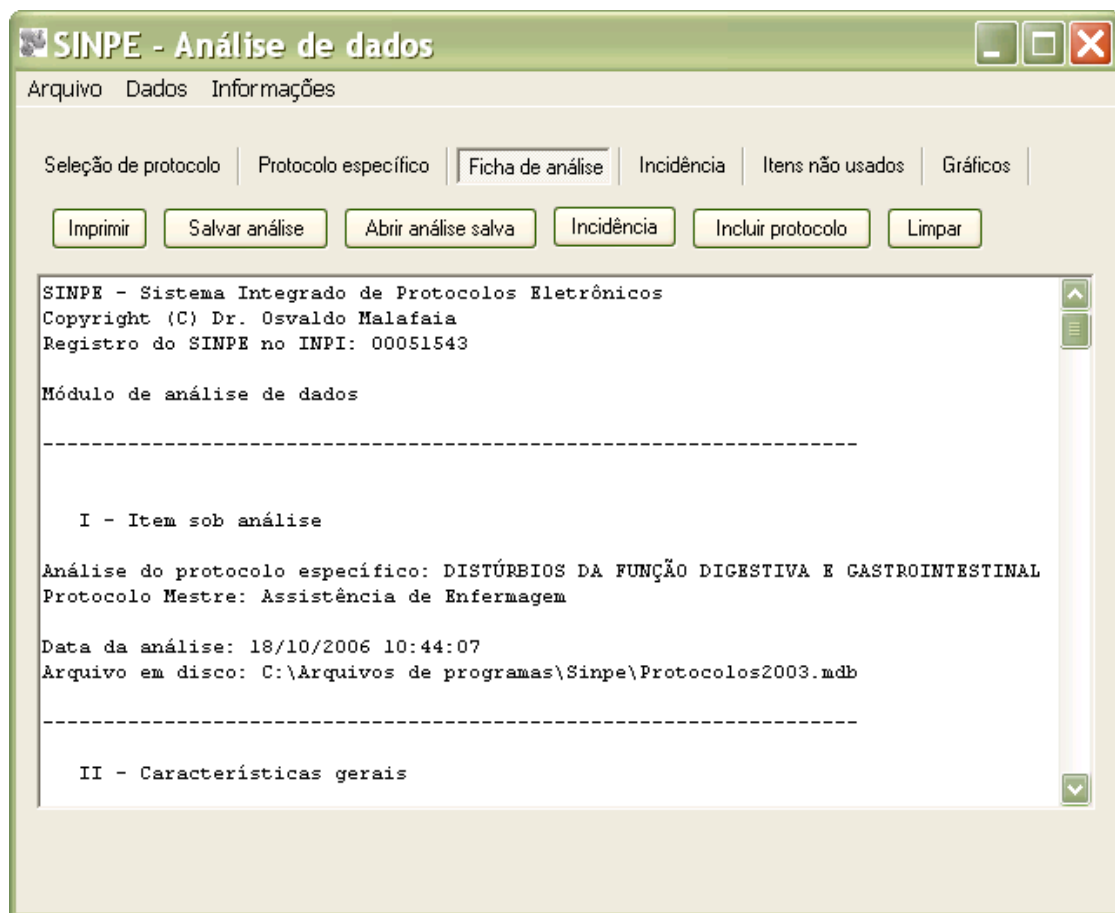


FIGURA 27 – TELA DE FICHA DE ANÁLISE DOS DADOS GERAIS DO SINPE ,

A figura 27 possibilita a visualização da tela principal, quando acionado o ícone da ficha de análise. O quadro branco informa o Registro no INPI, e itens do protocolo específico, protocolo mestre, assim como a data da realização da análise.

The screenshot shows a software window titled "SINPE - Análise de dados". It has a menu bar with "Arquivo", "Dados", and "Informações". Below the menu is a tabbed interface with tabs: "Seleção de protocolo", "Protocolo específico", "Ficha de análise" (which is active), "Incidência", "Itens não usados", and "Gráficos". Below the tabs are several buttons: "Imprimir", "Salvar análise", "Abrir análise salva", "Incidência", "Incluir protocolo", and "Limpar". The main content area displays the following text:

II - Características gerais

Elaborado por: Elaine

Instituição: HC-UFPR - HC - Universidade Federal do Paraná

Data de criação deste protocolo específico: 16/12/2003 08:47:11

Última revisão do protocolo específico: 17/8/2005 10:34:03

Faz parte do protocolo mestre: Assistência de Enfermagem

Data de criação do protocolo mestre: 20/8/2003 00:13:44

Última revisão do protocolo mestre: 12/5/2006 11:05:14

Área do protocolo: Enfermagem

Quantidade de itens de coleta: 1070

FIGURA 28 – TELA DE FICHA DE ANÁLISE – CARACTERÍSTICAS GERAIS DO SINPE

Em continuidade à figura anterior, esta tela informa as características gerais do protocolo, tais como: profissional que elaborou a base teórica, a Instituição de origem, data da criação, ultima revisão, nome do protocolo mestre e data de sua criação, ainda a área relacionada e a quantidade de itens de coleta (FIGURA 28).

SINPE - Análise de dados

Arquivo Dados Informações

Seleção de protocolo | Protocolo específico | **Ficha de análise** | Incidência | Itens não usados | Gráficos

Imprimir Salvar análise Abrir análise salva Incidência Incluir protocolo Limpar

III - Coletas de dados

Número de coletas realizadas: 306

Data de início das coletas de dados: 17/8/2005 09:43:52

Última coleta de dados iniciada em: 20/9/2006 12:09:44

Número de colaboradores durante a coleta de dados: 3

Colaboradores das coletas de dados:

- Elaine
- Usuario do HEL
- Usuário do HUEC

Número de instituições participantes na coleta de dados: 2

- Hospital Evangélico
- Hospital Evangélico de Londrina

FIGURA 29 – FICHA DE ANÁLISE – COLETAS DE DADOS DO SINPE

O terceiro tópico da tela de análise de dados corresponde a Coletas de Dados e seus elementos: número de coletas realizadas - nota-se que o número indicado é superior ao universo trabalhado. Explica-se que inicialmente colocou-se 4 pacientes denominados “testes” com a finalidade de conhecer o instrumento e também para capacitar os coletadores. Posteriormente os “pacientes testes” foram eliminados para a confecção final do trabalho. Outros dados que aparecem na tela são: data de início e término das coletas, número de coletadores e de instituições participantes (FIGURA 29).

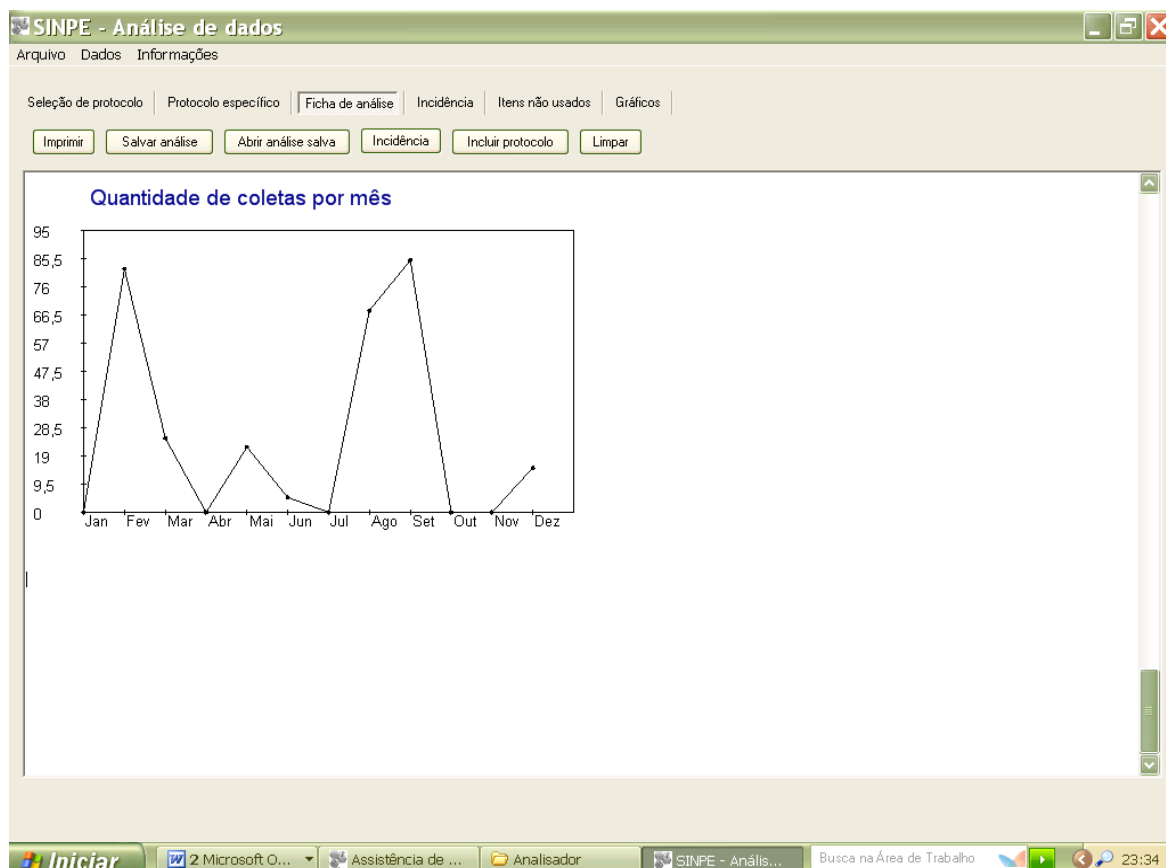


FIGURA 30 – FICHA DE ANÁLISE - QUANTIDADE DE COLETAS POR MÊS

O módulo de visualização demonstra o registro mês a mês das coletas realizadas. Os maiores valores encontram-se nos meses que coincidem com o período letivo escolar, confirmando que as coletas foram auxiliadas por coletadores alunos de graduação, no período de aulas (FIGURA 30).

Os quadros a seguir são referentes aos dados de identificação da amostra que eram de preenchimento obrigatório no programa SINPE, a saber: Instituição, sexo e raça.

Pacientes por Instituição	Total	Percentual
Hospital Universitário Evangélico de Curitiba	215	71,20 %
Hospital Evangélico de Londrina	87	28,80 %
Total	302	100 %

QUADRO 15 - PACIENTES PROVENIENTES DOS DOIS CENTROS

A amostra do estudo foi de 302 pacientes com distúrbios gastrointestinais distribuídos nos dois centros sendo: 71,20% dos pacientes do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba e 28,80% do Hospital Evangélico de Londrina (QUADRO 15).

Instituição	Sexo	Total	Percentual
Hospital Universitário Evangélico de Curitiba	Feminino	94	31,13 %
Hospital Universitário Evangélico de Curitiba	Masculino	121	40,07 %
Hospital Evangélico de Londrina	Feminino	47	15,56 %
Hospital Evangélico de Londrina	Masculino	40	13,24 %
Total		302	100%

QUADRO 16 - DISTRIBUIÇÃO DE SEXO ENTRE OS DOIS CENTROS

Quanto à distribuição por sexo os pacientes foram assim distribuídos: 141 pacientes do sexo feminino e 161 pacientes do sexo masculino. No Hospital Universitário Evangélico de Curitiba 31,13% dos pacientes eram do sexo feminino e 40,07% do sexo masculino e no Hospital Evangélico de Londrina os pacientes se dividiram em 15,56% do sexo feminino e 13,24% do sexo masculino.

Observa-se que enquanto no centro Hospital Universitário Evangélico de Curitiba houve uma prevalência de pacientes do sexo masculino no centro Hospital Evangélico de Londrina a prevalência foi de pacientes do sexo feminino (QUADRO 16).

Instituição	Raça	Total	Percentual
Hospital Universitário Evangélico de Curitiba	Branca	196	64,90 %
Hospital Universitário Evangélico de Curitiba	Negra	17	5,63 %
Hospital Universitário Evangélico de Curitiba	Parda	2	0,67 %
Hospital Evangélico de Londrina	Branca	76	25,16 %
Hospital Evangélico de Londrina	Negra	9	2,98 %
Hospital Evangélico de Londrina	Parda	2	0,67 %
Total		302	100%

QUADRO 17 - DISTRIBUIÇÃO DE RAÇA ENTRE OS DOIS CENTROS

Com relação à categoria raças, os pacientes foram divididos em três raças, branca, negra e parda. Estas três raças são as mais encontradas no Estado do Paraná onde a pesquisa foi desenvolvida.

A distribuição por raças foi equivalente nos dois centros pesquisados, a raça branca foi a mais encontrada com 196 pacientes no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba e 76 pacientes no Hospital Evangélico de Londrina, seguida da raça negra com 17 pacientes no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba e 9 pacientes no Hospital Evangélico de Londrina e finalmente a raça parda com 2 pacientes encontrados em ambos os centros (QUADRO 17).

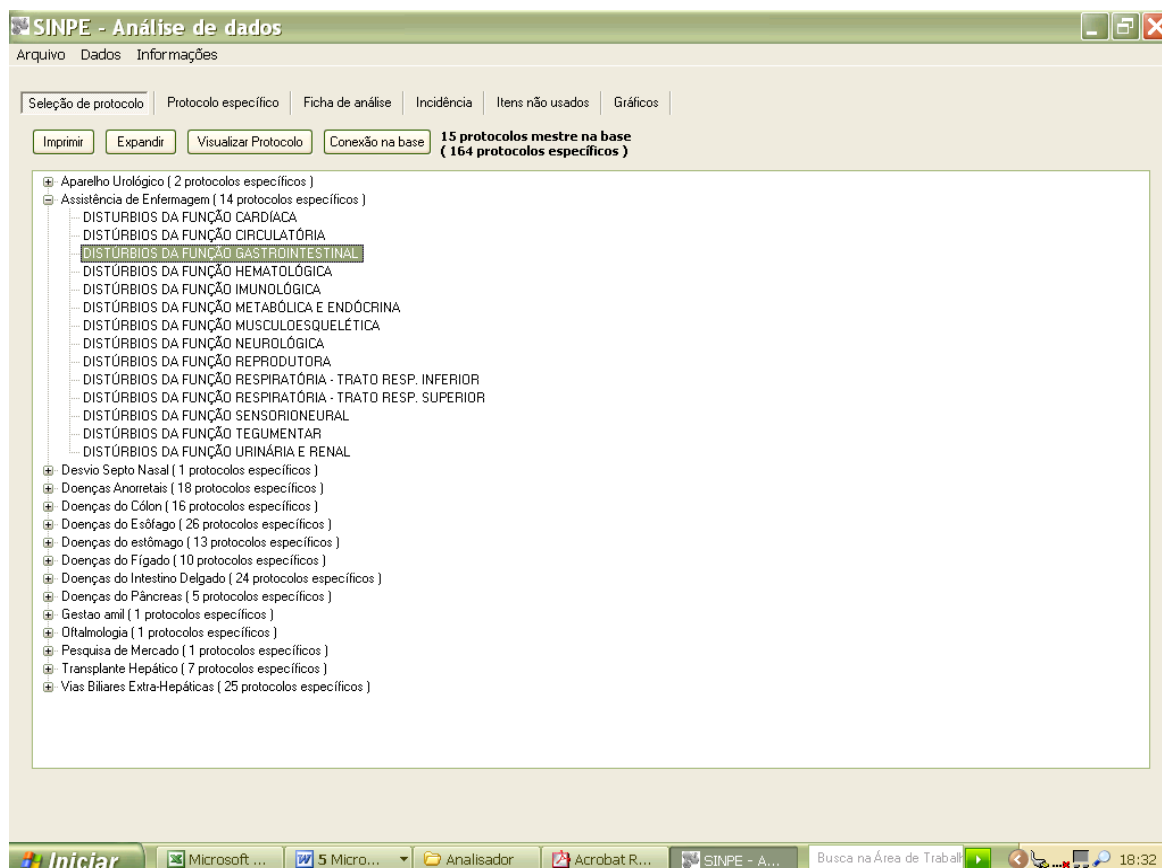


FIGURA 31- TELA DE SELEÇÃO DO PROTOCOLO ESPECÍFICO DO SINPE®

A tela refere-se a escolha do protocolo específico “distúrbios da função gastrointestinal” como um item do protocolo mestre Assistência em Enfermagem. Esta seleção possibilita as escolhas das diferentes funções apontadas nos ícones Visualizar Protocolo, Incidência, Itens não usados e Gráficos (FIGURA 31).



FIGURA 32 – TELA DE ANÁLISE DE DADOS – INCIDÊNCIA DO SINPE®

A figura 32 apresenta uma parte do protocolo dos distúrbios gastrointestinais, - exame clínico - evidenciando o número de coletas feitas em cada sub-item, ainda com os respectivos percentuais após ser clicado o botão “Incidência”.

Pontua-se que o programa ainda oferece a possibilidade de confecção de gráficos referentes aos dados numéricos com apenas um comando na tela específica, servindo a um propósito claro e apropriado de “leitura” de dados, evidenciado na figura 33 a seguir.

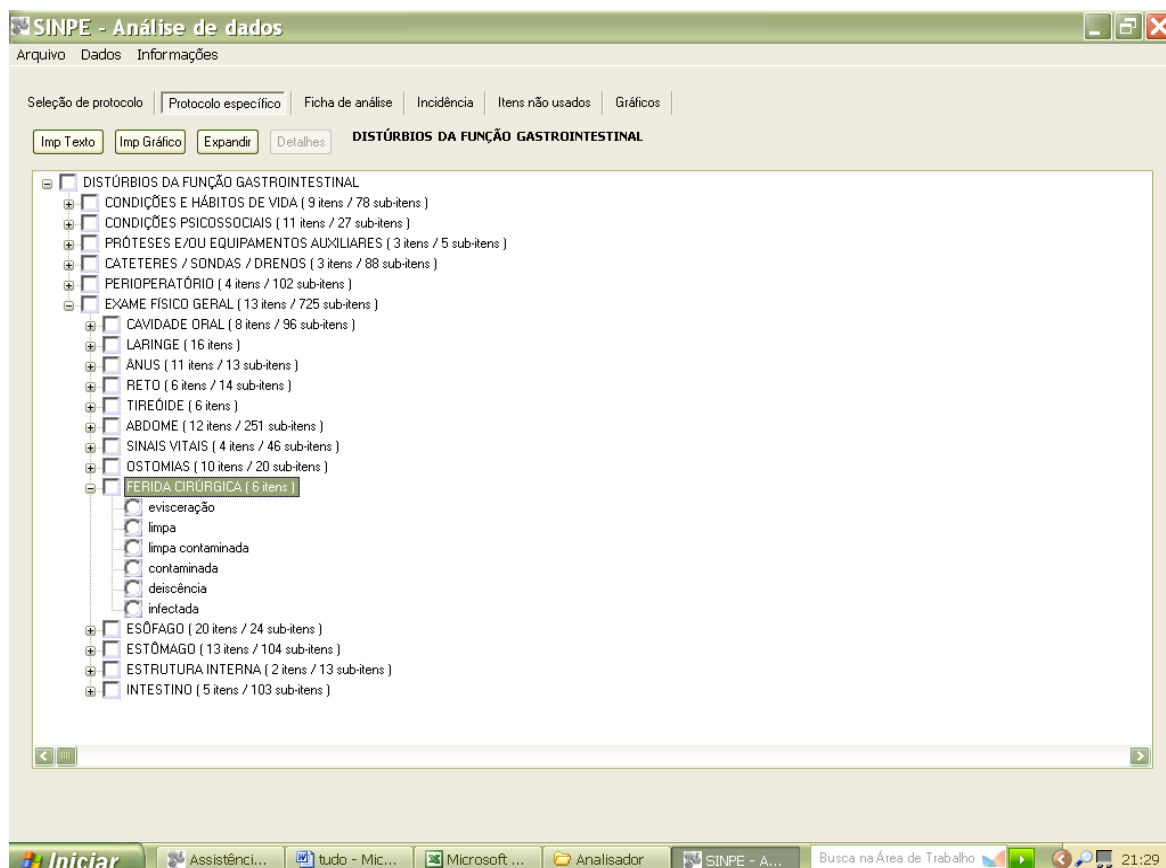
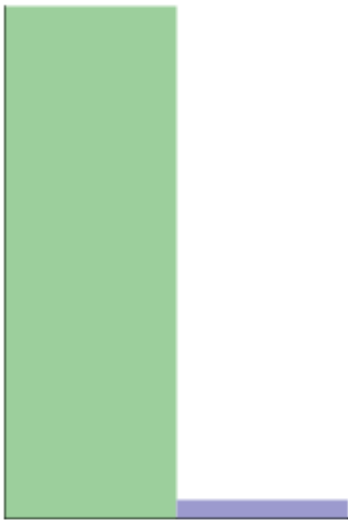


FIGURA 33 - TELA DE CONEXÃO DE ITEM DO PROTOCOLO ESPECÍFICO DO SINPE®

Se o pesquisador clicar no item escolhido para pesquisa, e em seguida acionar o ícone Gráficos, o programa automaticamente irá exibir o gráfico do item selecionado, gerado a partir da ficha de análise de incidência. em duas versões: coluna e setorial (pizza). Neste exemplo, selecionou-se o item ferida cirúrgica e o gráfico gerado está exemplificado à seguir (FIGURA 33).

FERIDA CIRÚRGICA



limpa - 88 (96,7 %)
limpa contaminada - 3 (3,3 %)
contaminada - 0 (0 %)
infectada - 0 (0 %)
deiscência - 0 (0 %)
evisceração - 0 (0 %)

Total: 91

O gráfico exemplificado acima evidencia os dados do item ‘ ferida cirúrgica” discriminando os valores absolutos e percentuais de cada sub-item, revelando que 96,75 dos pacientes estavam com as feridas cirúrgicas limpas, enquanto somente 3,3% apresentaram as feridas limpas contaminadas e os outros itens obtiveram 0% de incidência (GRAFICO 1).

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 – instalação e uso do programa

5.2 – resultados da pesquisa

5.3 – viabilidade da aplicação do programa e do módulo de visualização

Após a apresentação dos dados de pesquisa, passa-se a discutir os resultados, divididos em três etapas: Instalação e uso do programa, resultados da pesquisa e viabilidade da aplicação do programa e do módulo de visualização.

5.1 – INSTALAÇÃO E USO DO PROGRAMA

A instalação do programa foi fácil, sendo possível sua distribuição em CD-ROM, o que facultou coletas de dados multicêntricos de forma *on-line*.

É possível, utilizando o próprio software, cruzar dados de pesquisa (se for de interesse do pesquisador), como, por exemplo, o número de pacientes com determinado problema – confecção de ostomia - que tiveram determinada condição psicossocial – imagem corporal negativa. Para interpretação dos dados foi necessária a aglutinação das informações coletadas nas duas instituições.

Ainda há que se registrar, que o SINPE permite a ocupação de pouco espaço físico eletrônico para uma gama enorme de dados, possibilitando também a armazenagem para posterior análise dos dados de forma prospectiva. Outro ponto relevante do SINPE a considerar é a possibilidade de utilização da conexão remota, isto é, da Internet, um meio através do qual a informação pode ser disseminada de forma ágil e segura, favorecendo o intercâmbio profissional.

A garantia da fidedignidade dos dados incluídos é característica do SINPE, que permite o cadastro de dados de maneira coerente, impossibilitando entradas de dados incorretos. Ao coletar dados de temperatura corpórea do paciente, o sistema deve impedir que o valor a ele informado ultrapasse 42 °C. Além disso, não deve induzir o usuário a colocar dados falaciosos.

O SINPE foi implementado de modo a permitir que somente usuários autorizados possam utilizar o sistema. A integridade das informações no SINPE é verificada em dois níveis, tanto de dados quanto no nível de programa. No primeiro nível, o próprio sistema impede que dados sejam removidos caso possuam dependência com outras, ou seja, caso um item tenha sido coletado para um paciente, o SINPE impede que este seja removido. No nível de programa, o sistema possui algumas regras que foram implementadas que impedem, por exemplo, a alteração de dados que foram inseridos, ou seja, quando os dados de um paciente são informados o sistema não permite mais a alteração dos mesmos. Armazena-se

também dados do usuário que efetuou tal ação.

O SINPE foi construído para ambientes multiinstitucionais. Desta forma permite que usuários com devido privilégio possam cadastrar diferentes instituições. Cada instituição tem a exclusividade de acesso somente ao conjunto de pacientes nela cadastrados, ou seja, os pacientes cadastrados no SINPE, mesmo que em ambientes multicêntricos, não são compartilhados entre as instituições. Apenas os protocolos e as pesquisas realizadas sobre eles podem ser compartilhados. Vale ressaltar que, uma instituição só consegue compartilhar os protocolos construídos por uma outra se o usuário da outra instituição possuir permissões ao protocolo em questão.

Um modelo de pesquisa multicêntrica pode utilizar duas ou mais instituições de ensino para pesquisa no desenvolvimento de trabalhos científicos mais amplos. Assim o SINPE permite que várias instituições utilizem um único banco de dados para o desenvolvimento de trabalhos científicos baseados em protocolos eletrônicos. Este modelo possui algumas regras definidas:

- a) um usuário só poderá pertencer a uma única instituição de pesquisa;
- b) o Super-Usuário pode dar permissão a um usuário para visualizar, coletar, ou administrar um protocolo mestre, mesmo que este usuário seja de outra instituição em relação ao criador do protocolo. Esta característica permite que membros de instituições distintas cooperem na constituição de um protocolo. Um outro modelo de cooperação é o fornecimento da permissão de visualização do protocolo ao usuário de uma instituição para que ele avalie a estrutura do protocolo construído e tenha condições de fazer observações ao usuário que está administrando o protocolo.

Diferentes profissionais têm a possibilidade de realizar discussões, mesmo em ambientes separados, pois este modelo assim o permite. Desta forma, o conhecimento implícito em protocolos eletrônicos pode ser incrementado e refinado. Várias instituições já participam deste modelo (Universidade Federal do Paraná-UFPR, Faculdade Evangélica do Paraná-FEPAR, Universidade Federal de São Paulo- UNIFESP, Universidade de São Paulo-USP e Universidade de Campinas-UNICAMP).

As interfaces para usuários que foram construídas são:

- a) interface para Windows 98 ou superior;
- b) interface para navegadores Internet, ou seja, pode-se acessar o sistema através de um computador conectado a Internet em qualquer lugar do mundo;
- c) interface para dispositivos móveis como *PocketPC*.

Ainda é possível desenvolver o SINPE e integrá-lo com outros meios de

comunicação como aparelhos de celulares, *tablet PC* e outros.

5.2. RESULTADOS DA PESQUISA

Acredita-se que alguns critérios utilizados no programa foram fundamentais para a descrição dos dados relacionados aos pacientes participantes deste estudo, como exemplo:

- 1- as informações foram armazenadas de modo objetivo, sem julgamento ou opiniões pessoais;
- 2- os itens e sub-itens, por seu detalhamento, permitiram a descrição de modo mais completo possível dos dados como tamanho, forma, textura, cor, especificados com concretude e objetividade;
- 3- os dados coletados tiveram apoio em observações específicas e concretas das situações dos pacientes.

A pesquisa contribuiu para identificação de problemas e busca de soluções. Desta forma, ela deve ser considerada como ponto de partida e de chegada da práxis profissional. Angerami (1993) afirma que é imprescindível que o conhecimento avance e chegue à prática com capacidade instrumentalizadora. Partindo deste pressuposto, o SINPE poderia ser descrito como uma ferramenta de levantamento de dados para pesquisa em diferentes áreas da enfermagem.

Para demonstrar esta afirmativa, passa-se a discutir alguns dados da pesquisa, relacionando-os às ações de enfermagem.

Quanto aos resultados obtidos pelo SINPE, vale registrar algumas considerações: A hipertensão arterial é uma doença crônica de alta prevalência, que pode causar transtornos cardiovasculares e levar a um aumento de risco de eventos morbidos, na área vascular, cerebral entre outras. Pierin et al.(1984) reiteram que o diagnóstico precoce e tratamento adequado são instrumentos eficazes no controle de pressão e podem reduzir a incidência de acometimentos graves ao aparelho cardiovascular. Conhecer os fatores de risco é essencial para a redução deste problema de saúde pública.

Por ser um dos principais determinantes da morbidade e mortalidade cardiovasculares, a hipertensão arterial (HA) tem sido alvo de estudos científicos, como problema de saúde na coletividade. Neder e Borges (2006) faz uma revisão crítica da literatura, avaliando sua contribuição para o conhecimento da epidemiologia da HA no Brasil. Conclui que os fatores

associados são excesso de peso, sedentarismo, envelhecimento, etnia e sexo masculino.

Conhecer o estado de bem – estar psicológico em mulheres hipertensas, foi o objetivo de Cadê e Chaves(2003), mediante a aplicação do Questionário de Bem-Estar Psicológico de Goldberg. As autoras avaliaram 41 pacientes em tratamento e os resultados mostraram que os constructos que apresentaram distúrbios foram: alteração do sono, estresse psíquico e distúrbio psicossomático.

Para Souza (1994), alguns instrumentos eficazes no controle de pressão, que podem reduzir a incidência de acometimentos graves ao aparelho cardiovascular, são o diagnóstico precoce e tratamento adequado. Assim, a realização de pesquisa por parte da enfermagem possibilitaria, de maneira ágil, o conhecimento epidemiológico de sua clientela, para imediata intervenção.

Bloch et al.(2006) fazem uma revisão de artigos publicados em periódicos indexados nas bases Medline e Scielo nos últimos dez anos (1996-2005) com o objetivo de apresentar as estimativas de prevalência dos fatores de riscos para Hipertensão Arterial, sendo os dados mais importantes: obesidade, diabetes, dislipidemia, sedentarismo, tabagismo e alcoolismo. O resultado apresentado pelo SINPE neste estudo revela que tais fatores de riscos foram notoriamente apontados nos itens obesidade, sedentarismo, tabagismo e etilismo.

No texto apresentado por Neder e Borges (2006) há uma revisão crítica da literatura, buscando avaliar a sua contribuição para o conhecimento da epidemiologia da Hipertensão Arterial no Brasil. Os fatores associados apresentados pelos autores são excesso de peso, sedentarismo, envelhecimento, etnia e sexo masculino. Ela finaliza dizendo ser necessário que se amplie o conhecimento sobre a epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica na população brasileira como um todo, considerando-se as demandas diferentes da produção científica para as regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste, por suas especificidades regionais. O protocolo eletrônico fornece dados de natureza epidemiológica, favorecendo a investigação e consequentemente a operacionalização da assistência de enfermagem.

Em estudo recente, Creutzberg et al.(2004) observaram que a saúde bucal ainda permanece relegada, e identifica a necessidade premente de ações interdisciplinares que possam mudar este quadro. Afirmam que determinar as interfaces existentes entre a enfermagem e a odontologia é fundamental para a adequação do cuidado à saúde bucal.

Araújo (1986) realizou um estudo sobre as necessidades básicas alteradas e expectativas em relação à assistência de enfermagem de pacientes com afecções de boca, nariz e ouvido. O resultado demonstrou que as necessidades básicas da área psicobiológica mais indicadas como alteradas foram percepção dolorosa, sono e repouso e integridade

física, auto-imagem, liberdade, atenção, gregária e segurança. Além dessas necessidades, os pacientes apresentaram importante alteração de nutrição, hidratação e sexualidade.

Estudando o desempenho da enfermeira na atividade técnico-administrativa independente, especificamente a higiene da boca de paciente hospitalizado, acamado, adulto, consciente, Luce (1980) apresentou como resultados: enfermeiras não adotam, em sua maioria, condicionantes administrativos para atender a esta necessidade e não observam sua implementação. Com uma amostra de 126 pacientes, somente 7% perceberam preocupação por parte da equipe em lhes oferecer periodicamente a higiene da boca; 69% fizeram higiene oral na véspera, sendo que entre eles, 12 % foram auxiliados pela equipe de enfermagem e o restante por familiares, companheiros de enfermagem, acompanhantes e outros. A mesma autora demonstrou que a incidência de higiene oral em casa é 3 vezes maior do que no hospital, e que a enfermagem não possuía normas sistematizadas que auxiliem na supervisão desta ação.

Por outro lado, em 2003, Oliveira e Rodrigues analisaram quais aspectos são valorizados pelos componentes da equipe de enfermagem, na higiene corporal do paciente. O banho foi o aspecto considerado mais importante pelas três categorias profissionais; a higiene oral, pelas (os) enfermeiras (os) e auxiliares de enfermagem; e as unhas, pelas (os) enfermeiras (os) e técnicas (os) de enfermagem (OLIVEIRA; RODRIGUES, 2003).

Colussi e Freitas(2002) fizeram uma revisão crítica dos estudos epidemiológicos apresentados nas publicações nacionais com relação à saúde bucal do idoso, e concluiu que dentre 31 artigos, somente 25,8% discutiam dados sobre cárie, pontuando a necessidade de promover educação em saúde à população. Diante desta afirmativa, novamente reitera-se a importância das ações educativas que podem ser promovidas pelo enfermeiro, subsidiado pelos dados levantados pelo protocolo eletrônico.

O SINPE , por suas características, proporcionou o conhecimento real e imediato dos fatores relacionados à saúde bucal, orientando o enfermeiro na tomada de decisão e implementação de suas ações.

A participação efetiva da Enfermagem nos procedimentos diagnósticos tem sido pouco evidenciada. As orientações referentes aos exames normalmente são relegadas em detrimento do próprio paciente. Reitera este pensamento Horiuchi (1982), afirmando que os pacientes, quando não são orientados integralmente, tendem a apresentar problemas emocionais.

O exame com o ultra-som facilita a visualização de estruturas profundas do corpo por meio do registro dos reflexos de ecos dos pulsos das ondas ultra sônicas direcionadas ao interior dos tecidos. A colonoscopia é um exame realizado por aparelho de fibra ótica, longo e flexível com cerca de 180 cm de comprimento, introduzido através do ânus, que permite a visualização do reto e de todo o cólon em mais de 95% das vezes. A pesquisa de sangue oculto nas fezes detecta a presença de sangue escondido (oculto) nas fezes. (AMERICAN COLLEGE OF GASTROENTEROLOGY, 2006)

A atuação dos enfermeiros no cotidiano dos indivíduos submetidos a exames radiológicos e ultra-sonográficos foi o tema de pesquisa de Lautert et al. (1996). A escassez de bibliografia na área fez com que o autor optasse pelo relato de experiência como forma de contribuir como fonte de informação para os enfermeiros e demais profissionais da área da saúde sobre a importância do papel profissional na preparação do paciente para a realização do exame. Horiuchi (1982) destaca, mediante uma pesquisa descritiva, os problemas sentidos pelos pacientes na fase de investigação diagnóstica, relacionados aos exames de endoscopia, biópsia e punção. Evidenciou-se a inexistência de uma orientação sistematizada para os pacientes que vão se submeter aos exames. Denota-se assim, a importância da participação do enfermeiro no evento, inclusive para facilitar a comunicação do profissional de saúde e o cliente. Lopes et al. (1998) estudou este assunto com o objetivo de averiguar o entendimento dos clientes a respeito da comunicação dos profissionais que executam os exames de alta tecnologia e detectar junto ao cliente a existência de orientação sobre o exame a ser realizado e o que sentem durante a realização destes. Os resultados mostraram que os pacientes não receberam orientação, deixaram de pedir informações sobre o exame realizado por vários motivos, inclusive receio do desconhecido. Relataram medo da dor, do resultado e do desconforto.

O enfermeiro deve comprometer-se com a educação em saúde que reflita a eficácia de diferentes estratégias e para isto, ele necessariamente deve ser conhecedor da epidemiologia do assunto a ser desenvolvido. O SINPE oferece ao enfermeiro, de maneira sintética, dados que possibilitam rápida intervenção.

Como exemplo, destaca-se o programa educativo familiar voltado para o tema Reeducação Alimentar relatado por Brienza (2002). Esta experiência holística em saúde, realizada em uma micro-área do município de Ribeirão Preto, se caracteriza por um processo que pode possibilitar à população avaliar a qualidade de vida, justificado pelo envelhecimento da população brasileira onde a obesidade desempenha um papel importante como fator de risco à saúde. A North American Nursing Diagnosis Association – NANDA (2002, p.163) define nutrição desequilibrada como estado no qual o indivíduo tem

uma “ingestão de nutrientes insuficiente para satisfazer as necessidades metabólicas”, estabelecendo como fator relacionado, a incapacidade para ingerir ou digerir comida ou absorver nutrientes causada por fatores biológicos, psicológicos e econômicos.

Lastra(2005), em estudo realizado na Faculdade de Medicina de Bogotá, discute a obesidade como uma epidemia do novo milênio. A autora revela que fatores hormonais produzidos por mais de 450 genes mantêm uma homeostase energética cuja alteração promove a obesidade, predispondo a diabetes *mellitus* e outras enfermidades do aparelho circulatório. Sendo uma enfermidade multifatorial, necessita de diferentes estratégias de prevenção e tratamento na busca por diminuição do aporte e aumento do gasto energético.

Para enfrentar tal desafio, o enfermeiro deve conhecer as graves complicações da obesidade, as modificações do meio ambiente e estilo de vida do paciente além de planejar criticamente ações educativas eficazes.

Avaliar o estado nutricional de crianças de sete a nove anos de idade de Florianópolis (Brasil) e comparar a prevalência de sobrepeso e baixo peso com um estudo realizado na França, foi o objetivo do estudo realizado por Assis et al. (2006). Investigações transversais indicaram que a prevalência de baixo peso foi mais baixa em Florianópolis, comparando-se com a França enquanto que a prevalência de sobrepeso foi de 19,9% em Florianópolis e de 16,3% na França. Os autores concluíram que nível de atividade física e sedentarismo são fatores comportamentais, que podem explicar as diferenças encontradas, e concluem afirmando que as estratégias visando à redução da prevalência do sobrepeso infantil devem levar em consideração as particularidades específicas de cada país.

Trabalhar o tema “obesidade” seria papel inerente do enfermeiro, considerando o resultado obtido pela utilização do protocolo eletrônico.

A imagem corporal não é algo pronto e definitivo, apresenta-se alterado em situações de dor, doença, integridade prejudicada. Oliver (1995) relata que a imagem será muitas vezes o recurso que o sujeito lança mão para se proteger, se refugiar, principalmente na descoberta de uma doença incurável.

Quando se utilizam os itens conjuntos (operador E) nos termos ostomias e imagem corporal negativa, encontra-se no SINPE a resposta de 13 coletas com tais descritores e 21 coletas referentes aos pacientes com ostomia e imagem corporal normal, reiterando os resultados obtidos na ficha de análise de ocorrências demonstrados no Quadro 12 e a seguir na FIGURA 34. Isto posto, confirma-se que há necessidade do enfermeiro melhorar constantemente sua relação profissional-paciente, de forma a contribuir para uma assistência

integrativa dos aspectos físicos, sociais, culturais e emocionais, facilitando a adequação do ostomizado ao novo estilo de vida e o enfrentamento das diversas situações provocadas pela doença e seu tratamento.

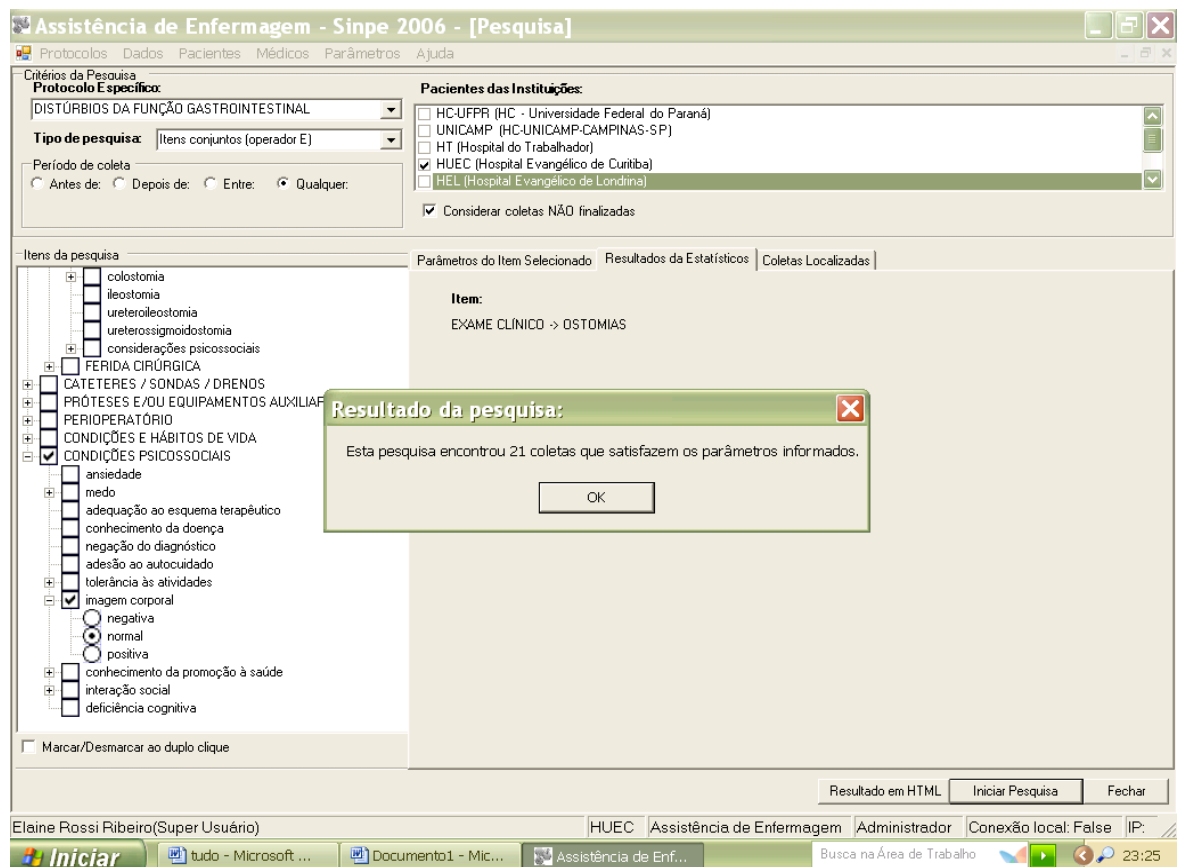


FIGURA 34 – TELA DE EXEMPLO DE PESQUISA DO SINPE

No Brasil, nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, o câncer de cólon e reto é reconhecido como o quarto mais freqüente em homens e o terceiro mais freqüente em mulheres. Para o ano de 2006, o número de casos novos previstos é da ordem de 12.410 casos em homens e de 13.640 em mulheres, sendo o risco estimado de 15 casos para cada 100 mil mulheres e 14 casos novos para 100 mil homens. A alta taxa de mortalidade, e não somente a morbidade e possibilidade de realização de colostomia, denotam a relevância da doença. Segundo a Associação Brasileira de Ostomizados, estima-se que no Brasil há cerca de 50 mil ostomizados e 1000 inscritos no Programa de Ostomizados do Sistema Único de Saúde - SUS, no Estado do Paraná. Tais dados conduzem à determinação da necessidade premente de intervenção significativa da Enfermagem, em diferentes focos de ação. Independentemente de serem temporárias ou definitivas, as ostomias requerem um

planejamento da assistência de enfermagem, constituindo-se um desafio para o cuidado pelo enfermeiro (BRASIL, 2005).

Embora a ostomia seja uma das mais importantes realizações cirúrgicas para o portador de câncer colorretal, a aceitação desse procedimento por parte do paciente torna-se um processo complexo, na óptica de Maruyama e Zago(2005). Segundo a autora,

[...] a vivência de um câncer e de uma colostomia, a qual muda permanentemente a vida diária do sujeito, constitui um dos momentos mais críticos da vida de uma pessoa, por implicar um sistema complexo de análise e reflexão da própria biografia, cujos significados foram construídos ao longo das suas experiências de vida (p. 218).

Considerando o estudo realizado por Pereira-Lima et al. (1994) com 27 pacientes portadores de carcinoma irredutível da região cefálica do pâncreas, não foi observada morbi-mortalidade devido à anastomose gastroentérica, porém, as alterações emocionais e sociais provocadas pela presença de uma ostomia, geram conflitos que determinam o grau de sua resposta à situação de doença. Silva (2006) identificou e analisou as principais modificações que ocorrem no modo de vida do portador de estomia intestinal definitiva, as quais são assim descritas: o aprendizado de conviver com a estomia, o equipamento coletor e a busca de alternativas para suprir o uso do equipamento coletor; o enfrentamento das mudanças no modo de alimentar-se, vestir-se e vivenciar a sexualidade; a busca da reinserção social, o desafio de enfrentar a morte e a procura de perspectivas futuras; a busca da rede de apoio: crenças religiosas e espirituais, família e associação dos estomizados. Por outro lado, Oliveira e Nakano (2000) pontuam que as necessidades dos pacientes são diversas e se modificam constantemente.

Os indivíduos ostomizados enfrentam várias perdas, e a literatura demonstra que podem ser em maior ou menor grau, podendo acarretar o isolamento psicológico e social. Diante deste quadro, Michelone e Santos (2004) realizaram um estudo descritivo exploratório para analisar a qualidade de vida de pacientes com câncer colorretal conforme ausência e presença de estoma. Os resultados indicaram que os valores foram similares entre os grupos quanto ao escore médio de qualidade de vida geral, sem diferença estatisticamente significativa. Mas, ao serem avaliados os escores médios de qualidade de vida obtidos nos diversos domínios, os pacientes não ostomizados apresentaram maiores escores médios para todos os domínios quando comparados àqueles obtidos pelos ostomizados.

Os aspectos socioculturais desempenham um papel importante na gênese da distorção da imagem corporal. Na atualidade, grande parte da sociedade demonstra dar importância significativa à aparência física. Embora tal assunto venha sendo estudado há muito tempo, para além da visão biologicista, a imagem corporal representa um dos focos de atenção da sociologia e da psicologia.

Entende-se por imagem do corpo humano “a figuração de nosso corpo formada em nossa mente, ou seja, o modo pela qual o corpo se apresenta para nós” (SCHILLDER, 1999,P.7).

Uma revisão realizada por Cohane (2001) sobre aspectos relacionados à imagem corporal em indivíduos do sexo masculino, revela que a representação ideal é de um corpo musculoso, sendo o padrão feminino, um corpo magro. Zottis (2001) investiga através da fenomenologia, o corpo obeso e pontua que a sociedade ao impor padrões estéticos de “beleza magra”, suscita diferentes tipos de sentimentos, entre eles a exclusão e desprezo. A autora cita a alteração da imagem corporal associada à baixa auto-estima nos corpos obesos como desencadeadores de comportamentos de insatisfação consigo mesmo.

Outro aspecto de grande relevância para a Enfermagem é a vinculação da alteração da imagem corporal com a experiência da realização de colostomia. Silva (1997) relata que as reações mais freqüentes entre pacientes ostomizados referem-se à mutilação, violação, medo e sensação de invalidez. Este tema foi estudado por Farias (2004) com o objetivo de identificar as alterações causadas por uma ostomia no cotidiano dos pacientes. Verificou-se que a imagem corporal é desfeita, perdem o controle sobre o corpo e os pacientes sentem-se estigmatizados.

A relevância da enfermagem no cuidado e prevenção de complicações relacionadas ao uso do cateter é assunto de investigação contínua pelos enfermeiros. O SINPE oferece a possibilidade de levantamento dos dados com eficácia, relacionados aos pacientes com cateteres, e mais, em um espaço de tempo determinado, conforme a necessidade de investigação pelo enfermeiro. A tela de pesquisa permite que o usuário determine a data que será realizada a investigação.

A questão da utilização dos cateteres – venosos e centrais - e suas complicações têm sido alvo de investigações na Enfermagem. Utyama e Ohnishi(1997) relataram que a cateterização intravenosa foi efetuada em 59,4% da amostra por acesso venoso dificultado. Dez dias foi o tempo de permanência do cateter intravenoso em 52% dos casos, sendo que a suspensão da medicação foi o fator desencadeante para retirado do cateter em 34,8% dos pacientes. O microorganismo *Staphylococcus aureus* estava presente em 20,3% da amostra analisada.

Nesta mesma linha, encontra-se o estudo realizado por Cruz et al.(2000) o qual relata as questões referentes às complicações infecciosas como risco à sobrevivência de pacientes neutropênicos submetidos a tratamento quimioterápico e elenca as ações de vigilância e prevenção de responsabilidade do enfermeiro.

Teixeira et al.(2001) estabeleceram como objetivo avaliar o índice de complicações de

86 sistemas de cateter venoso central totalmente implantável (CVTI) em mulheres com câncer. A veia jugular externa foi cateterizada em 80% dos casos e o tempo médio de utilização foi de 316 dias. Seis CVTI (7%) foram retirados em até 35 dias devido a extravasamentos e obstruções. A literatura reitera estes índices, considerando-os aceitáveis e satisfatórios.

As complicações precoces e tardias relacionadas à utilização de cateteres venosos totalmente implantáveis para quimioterapia foram estudadas por Nishinari et al.(2003) em 415 pacientes. Destes, 340 pacientes não apresentaram nenhuma complicação permitindo confirmar a segurança e conveniência do uso dos acessos totalmente implantáveis em pacientes em regime prolongado de quimioterapia. A incidência associadas a cateteres venosos centrais foi investigada por vários autores, entre eles, Reina et al. (2003), Medina et al.(2006), Storti et al.(2005). Destacam-se Leite et al.(2004) que estudaram a relevância da enfermagem no cuidado e prevenção de complicações relacionadas ao uso do cateter venoso periférico em pacientes HIV positivos.

Castellanos (1997) analisou o uso e necessidade de próteses em idosos de uma Unidade de Saúde em São Paulo. Concluiu que 86,6% dos dentes já foram extraídos e que 47,1 por cento das pessoas são edentadas, em uma amostra de 104 pessoas. O autor considera alto o número de pessoas utilizando algum aparelho protético (81,7%), e baixo nível de saúde bucal destes pacientes.

Reiterando tais dados, Frias (2000) estudou a confiabilidade do levantamento epidemiológico de saúde bucal no estado de São Paulo, no ano de 1998, realizando coletas de dados em 133 municípios onde observou condições de cárie dentária, uso de prótese entre outros pontos.

Gomes et al.(2001) analisou o conhecimento dos formandos dos cursos de Enfermagem e Medicina de uma Universidade do Rio Grande do Sul acerca da promoção da Saúde Oral, concluindo ser um conhecimento deficitário, que necessita de aprofundamento para eficaz intervenção.

A educação em saúde é definida por Candeias (1997) como quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde. Narvai (2006) faz um longo tratado sobre saúde bucal coletiva, enfatizando a educação em saúde como um recurso necessário para o resgate da cidadania, a partir do referencial da bucalidade.

Allen (1992) diz que 1,3 milhões de pessoas por ano nos Estados Unidos da América são afetadas por lesões não intencionais associadas à terapia medicamentosa. O custo da hospitalização provocada pelo efeito adverso fica na casa de 76,6 bilhões de dólares por ano.

A administração de medicamentos é uma atribuição legal do enfermeiro, e merece considerações sobre sua prática, tendo em vista os aspectos éticos, farmacológicos, biológicos envolvidos na ação profissional. Coimbra (1998) reitera este pensamento afirmando que o enfermeiro, como parte integrante da equipe de saúde, deve reconhecer a responsabilidade que tem na administração de medicamentos dentro do conjunto de atividades que realiza. Também Bueno et al.(1998) identificaram e analisaram os fatores de risco mais comuns à ocorrência do erro, considerando que a administração de medicamentos é um procedimento básico de enfermagem que exige do profissional aprimoramento de seus conhecimentos, técnicas e a aplicação de vários princípios científicos, promovendo a segurança e benefícios para o cliente.

Nesta mesma linha, Freitas (2002) analisa as ocorrências éticas com pessoal de enfermagem de um hospital do município de São Paulo utilizando cento e catorze registros de ocorrências (infrações) éticas levantadas pela comissão de ética de enfermagem da instituição, campo do estudo, no período de 1995 a 2001. Os resultados demonstram que a principal causa de ocorrências foi a negligência, seguida da imprudência, imperícia, indução ao erro e omissão, o que justifica, para além das questões éticas, a necessidade de reflexão constante sobre a prática profissional e suas consequências.

Telles Filho (2001) verificou como o tema “administração de medicamentos” estava sendo comunicado via *on line*. Utilizou o site MetaBusca-Terra, encontrando 166 páginas eletrônicas relacionadas ao assunto. O autor pontua como fundamental a comunicação do conhecimento via on-line em relação à administração de medicamentos pois, a partir dela, a difusão do conhecimento dar-se-á de forma mais rápida e produtiva.

Recentemente, Miasso et al.(2006) publicaram um estudo exploratório analisando o processo do preparo e administração de medicamentos de unidades de clínica médica de quatro hospitais brasileiros, localizados nas Regiões Sudeste, Centro-oeste e Nordeste do Brasil. Os resultados revelaram que aconteceram erros de diferentes naturezas em todos os ambientes estudados e concluem apontando para a necessidade de formação de grupos de discussão entre a enfermagem, melhorias do ambiente, educação continuada e presença efetiva da enfermeira no processo para maior segurança na assistência aos pacientes.

A proporção de idosos que não usa qualquer medicação é de 4% a 10%, embora Ibrahim & Kwoh (2000) afirmem que há sub-utilização de classes terapêuticas específicas, como os antidepressivos, os analgésicos, os anticoagulantes ou os β -bloqueadores adrenérgicos.

O SINPE fornece as características do consumo dos medicamentos, as quais evidenciam elementos para a eleição das prioridades na assistência de Enfermagem,

assinalando-se assim a necessidade de educação profissional através da educação continuada, cursos de reciclagem e atualizações periódicas na administração de medicamentos.

Por aumentarem a morbidade e a mortalidade no pós-operatório e o custo do tratamento, as complicações respiratórias têm sido foco de estudos. Barreto Neto (2000) afirma que as complicações respiratórias pós-operatórias em cirurgias do abdome superior é maior que a de complicações cardiológicas

A obstrução intestinal determina uma situação de extrema gravidade, com conseqüências sérias, podendo por vezes levar ao óbito. O tratamento preconizado requer cirurgia de emergência, geralmente estando o paciente em condições clínicas precárias, o que determina elevadas taxas de mortalidade e morbidade. (SOONAWALLA, 1998)

Segundo a definição de Pupulim e Sawada (2002), o período pós-operatório inicia-se com a saída do paciente da Sala de Recuperação Pós-Anestésica até sua alta hospitalar. O pacientes, nas primeiras vinte e quatro horas do pós – operatório pode apresentar graves distúrbios metabólicos, configurando-se assim uma fase crítica para a assistência de enfermagem.

Não há dúvidas sobre a importância da Enfermagem especializada para atendimento pós-operatório. As diferentes complicações necessitam de intervenção precoce, rápida e segura, como prevenção de problemas de maior seriedade. Braz et al (2004) investigaram mediante um estudo prospectivo entre 1996 e 2002, a incidência de parada cardíaca (PC) durante anestesia, em hospital universitário de atendimento terciário. Demonstrou-se que a incidência prospectiva ocorrida durante a anestesia em 40.941 pacientes consecutivos foi de 138 PC, sendo o principal fator, as alterações do estado físico (23,9:10.000), seguidas de complicações cirúrgicas isoladamente (4,64:10.000) ou associadas a alterações do estado físico (2,44:10.000). Quanto à mortalidade associada à anestesia, as principais causas foram os problemas ventilatórios (45,4%), eventos relacionados à medicação empregada (27,3%), aspiração pulmonar (18,2 %) e hidratação excessiva (9,1 por cento).

Outra complicação muito estudada é a termoregulação. Tramontini (2000) avaliou duas intervenções de enfermagem no controle da hipotemia de pacientes cirúrgicos idosos no período intraoperatório, afirmando que 60% dos pacientes apresentam esta alteração fisiológica. O estudo demonstrou que a cobertura adicional não favorece a perda de calor corporal, pois tanto o grupo experimental quanto o grupo controle obtiveram a mesma média de perda de calor.

O paciente cirúrgico sofre os efeitos da hipotermia de diversas maneiras, desde a

diminuição da ventilação, mudanças na função pulmonar, aumento da necessidade de oxigênio, diminuição do volume sanguíneo efetivo, alteração da função plaquetária com aumento do sangramento, diminuição na taxa de metabolismo basal, prolongamento do efeito das medicações, diminuição da motilidade intestinal, aumento do número de infecção no corte cirúrgico (STEVENS et al.,2000).

A revisão da literatura realizada por Doufas (2003) demonstra que o acréscimo de 1,9°C na hipotermia central triplica a incidência de infecção no corte cirúrgico, e também altera a cinética e ação de vários agentes anestésicos, estando relacionada a desconforto térmico e demora na recuperação pós-anestésica.

De acordo com a investigação realizada por Basso (2004), a qual investigou os diagnósticos de enfermagem na unidade de recuperação pós-anestésica em pacientes adultos que se submeteram à procedimento anestésico cirúrgico geral, de pequeno e médio porte, as frequências 100% foram: para temperatura corporal desequilibrada, risco para infecção, risco para lesão por posicionamento perioperatório e interação prejudicada.

Ainda nesta linha, Dalri (2006) identificou os seguintes diagnósticos de enfermagem de pacientes no período pós-operatório imediato de colecistectomia laparoscópica: Integridade tissular prejudicada (100%), Risco para infecção (100%), Percepção sensorial perturbada (100%), Risco para aspiração (100%), Risco para função respiratória alterada (80%), Hipotermia (60%), Risco para temperatura corporal desequilibrada (40%), Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais (33,3%) e Dor aguda (26,7%).

Diante destes dados, considera-se que o enfermeiro deva conhecer a epidemiologia das complicações pós-operatórias no sentido de preveni-las e definir sua atuação com esta orientação sistematizada, fato possível com a utilização do protocolo eletrônico.

Cerca de um terço da população brasileira faz uso do tabaco, além de que o Brasil é um dos quatro maiores produtores de tabaco do mundo. Rosenberg (2002) declara que a análise do tabagismo envolve aspectos psicossociais, econômicos, de saúde, jurídicos, religiosos entre outros. O uso do tabaco é a maior causa de mortalidade no mundo após a fome, produzindo cerca de 3 milhões de óbitos por ano. (RUFFINO-NETTO, 2001)

A redução da prevalência de fumantes tem sido alvo dos esforços dos profissionais da área da saúde, porém, o tabagismo ainda permanece como grave problema de saúde pública, sendo considerado como a segunda principal causa de morte evitável em todo mundo pela Organização Mundial da Saúde (OPAS). Acontecem 5 milhões de mortes a cada ano devido ao uso do tabaco sendo que no Brasil, cerca de 200.000 mortes/ano são decorrentes do tabagismo (OPAS,2006)

O Instituto Nacional do Câncer – INCA - realiza vários programas em conjunto com a

Organização Mundial da Saúde (OMS) com o objetivo de estimular o desenvolvimento de atividades educacionais e preventivas anti-tabaco. Uma das atividades refere-se ao estudo “Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis”_que trouxe como resultado: 15 capitais foram estudadas, pessoas com mais de quinze anos, prevalência de tabagismo entre 12,9% e 25,2%, sendo maior no sexo masculino. A capital com maior número de fumantes foi Porto Alegre e o menor número encontra-se em Aracajú (INCA,2006).

O cuidado profissional relacionado a este tema deveria ser interdisciplinar, pois se trata da relação de várias áreas como física, intelectual ou emocional, dependendo de cada pessoa e de cada momento da sua vida. A enfermagem atua no sentido de propor, liderar, participar de programas anti-tabagismo, assim também na efetivação da educação em saúde, o que pode acontecer com o subsídio do SINPE . Reiterando este dado, Sborgia (2005) diz que há necessidade de abordagens interdisciplinares, buscando-se as conexões metodológicas entre as diversas áreas para se compreender o processo e se aumentar a eficácia e eficiência dos programas de controle do uso do tabaco.

Carvalho (2001) estudando as principais diferenças clínico-epidemiológicas do carcinoma epidermóide de cavidade oral no sexo feminino quando comparado ao sexo masculino concluiu que a ausência do etilismo e o tabagismo diminuem a incidência do carcinoma epidermóide de boca. A presença do tabaco isoladamente não afetou a distribuição por faixa etária, enquanto que o álcool isoladamente ou em associação com o tabaco leva a uma incidência mais precoce do câncer de boca. Outros dados significativos são: as mulheres têm uma menor incidência de lesões de língua e soalho (43%) quando comparado aos homens (61%). Aproximadamente 50% das mulheres eram estágio III e IV no momento do diagnóstico. Entre os homens este índice atinge 53%. Em geral, as diferentes sociedades aceitam o uso social do álcool, considerando-o até certo ponto inofensivo à saúde. A epidemiologia do álcool demonstra que 5-10% da população adulta apresenta síndrome da dependência de álcool, 9-32% dos leitos hospitalares são ocupados por alcoolistas, alcoolismo é a oitava causa de requerimento de auxílio-doença e a terceira causa de absenteísmo ao trabalho no Brasil. Ainda acrescenta que 18-75% dos acidentes de trânsito no Brasil envolveram pelo menos uma pessoa alcoolizada e 39% das ocorrências policiais envolvendo conflitos familiares é de responsabilidade do alcoolismo.
(http://www.erastogaertner.com.br/cancer/educacional_alcoolismo.html).

Pasolini (2003) pontua o câncer do aparelho gastrointestinal, a úlcera péptica, hepatite alcoólica, cirrose, azia, como algumas doenças causadas pelo alcoolismo. Teixeira (2003) realizou estudo com pacientes que apresentavam diagnóstico de câncer gástrico e

submetidos a cirurgia, com o objetivo de identificar a exposição aos fatores de risco para a doença. Identificou que 50,1% apontaram como fatores responsáveis: dieta inadequada, tabagismo, etilismo e problemas psicológicos.

De acordo com a pesquisa realizada por Chaves (2006) com 179 escolares na idade entre 12 e 18 anos, para investigar os fatores de risco associados à hipertensão arterial, 20,1% apresentaram elevação da pressão arterial relacionada à hereditariedade, consumo de sal, tabagismo e etilismo.

Justifica-se, portanto, o desenvolvimento de protocolos eletrônicos que possibilitem levantamentos clínico-epidemiológicos peculiares, coordenando com os objetivos do SINPE .

A dor é definida como um fenômeno complexo e multifatorial, que envolve aspectos biológicos e psicossociais e vem sendo estudada com afincos no sentido de proporcionar cuidado de qualidade ao paciente. As intervenções terapêuticas para a dor crônica tiveram uma grande evolução, porém, Pimenta (1997) relata que a capacitação do enfermeiro ainda é inadequada, precisando de maior envolvimento analítico com o tema. O medo, em suas diferentes vertentes, é objeto de estudo na área das ciências humanas. Na saúde, tais aspectos psicossociais, tem sido alvo recente nas investigações.

Cavalcanti (1998) aplica o modelo de Orlando em um paciente cirúrgico, buscando conhecer o diagnóstico e a intervenção de Enfermagem. Os resultados apresentados entre eles foram: medo de morrer relacionado à cirurgia programada, e déficit de conhecimentos relacionados à dor e à cirurgia.

Moreira (2002) analisou o cuidado de Enfermagem prestado à trinta pacientes com câncer em tratamento quimioterápico. Os dados revelaram uma imagem do cliente ansioso, inquieto, com medo e dor.

Segundo a North American Nursing Diagnosis Association, a dor crônica é definida como sendo uma “experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão (Associação Internacional para o Estudo da Dor); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, constante ou recorrente, sem um término antecipado ou previsível e com duração de mais de seis meses” (NANDA,2002, p.100).

De acordo com Pinto (2005), as necessidades biológicas e psicossociais encontradas nos pacientes atendidos em um Hospital Universitário do estado de São Paulo foram: jejum prolongado, náuseas, vômito e dor, preocupação, medo, ansiedade, desconforto com a espera pelo procedimento, e dúvidas ou desconhecimento sobre cuidados perioperatório.

O período pós-operatório para um paciente colostomizado é de grande sofrimento e dor. Diante da realidade de se deparar com o estoma, vários sentimentos afloram, delineando

um caminho de rejeição de si mesmo, de negação, de perda. Sonobe (2000, p.342) registra que tal situação conflitante “implica em sofrimento, dor, deterioração do corpo ou da vida, incertezas quanto ao futuro, mitos relacionados a ele, medo da rejeição social, etc.”

Silva (2001) realizou estudo com a finalidade de buscar lacunas na assistência de enfermagem que possam direcionar o ensino do cuidado com a dor, na graduação de enfermagem e na educação continuada dos enfermeiros. Os resultados demonstraram que há desinformações dos enfermeiros devido às falhas em sua formação, e esta falta de informação os leva a não avaliarem a dor de forma sistemática; a subestimarem a frequência de ocorrência da dor e a ignorarem o impacto devastador da dor para o indivíduo. O SINPE demonstra que este item foi apresentado de forma a sugerir intervenção da Enfermagem.

Com a finalidade de dar subsídios à educação continuada de profissionais de saúde, Duran (2003)) elaborou um software educativo sobre diabetes mellitus, o que possibilitou uma sensível melhora nas práticas educativas junto aos clientes diabéticos.

Em relação à educação continuada de técnicos e auxiliares de enfermagem, isto é, da equipe de enfermagem, pode-se dizer que o SINPE corrobora no sentido de evidenciar os problemas dos pacientes, conduzindo o enfermeiro a definir suas estratégias educativas para aperfeiçoar e atualizar os conhecimentos e habilidades de sua equipe de trabalho.

A Política Nacional da Promoção à Saúde, promulgada pelo Ministério da Saúde, pontua a promoção da saúde como estratégias de produção de saúde, que articuladas às demais políticas e tecnologias, contribuirão para dar respostas às necessidades da sociedade (BRASIL, 2006).

Conceitua-se a promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. E acrescenta-se que para atingir um estado de completo bem estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente (BRASIL, 1996).

Proporcionar o bem-estar coletivo pleno em todos os aspectos da vida é o objetivo da promoção à saúde, e tal ato deve ser entendido em seu sentido mais abrangente (HAYAKAWA, 2004).

McDonald (1998) acredita que o uso de protocolos eletrônicos aumenta a credibilidade de estudos científicos além de possibilitar a estruturação de pesquisas de qualidade. Neste sentido, reafirma-se que o SINPE cadastrando dados, facilitando sua análise, configura-se como ferramenta de pesquisa servindo aos interesses do paciente e qualificando o cuidado de Enfermagem.

5.3 VIABILIDADE DA APLICAÇÃO DO PROGRAMA E DO MÓDULO DE VISUALIZAÇÃO.

“Na tentativa de chegar à verdade, eu tenho buscado por todos os locais informações, mas em raras ocasiões eu tenho obtido os registros hospitalares possíveis de serem usados para comparações”. (NIGHTINGALE, 1989). Tal frase foi descrita por Florence Nightingale, precursora da Enfermagem moderna, em seus relatórios datados de 1863. Denota-se, portanto que desde esta época a necessidade de registro dos fatos era evidenciada pelos profissionais, e hoje, entende-se que não há retorno quanto à utilização da tecnologia que possibilita avanços significativos na manipulação de dados de interesse para a enfermagem. A informação é o elemento que respalda todo exercício da prática da enfermagem. Atualmente, a tecnologia da informação vem beneficiar a área da saúde na medida em que possibilita que informações se transformem em conhecimento científico com rapidez e segurança. Tachinardi(2000) reitera que a informação é o maior patrimônio da saúde, o fio condutor das tomadas de decisões profissionais.

De acordo com Agudelo (2004), a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) estabelece que as prioridades de pesquisa no setor saúde são, entre elas:

- 1- avaliação das intervenções para a promoção e proteção da saúde em diferentes populações;
- 2- epidemiologia das doenças e avaliação das estratégias para controle e prevenção;
- 3- a relação entre saúde e desenvolvimento sustentável;
- 4- tecnologias da Enfermagem e instrumentais utilizados nas intervenções do cuidado à saúde.

O Sistema Integrado de Protocolos Eletrônicos - SINPE constitui-se como importante ferramenta tecnológica a partir do momento que facilita a ordenação de dados, promove a multiprofissionalidade e a especificidade da pesquisa em enfermagem, caminhando ao encontro das prioridades preconizadas pela OPAS (BRASIL, 2004).

Teoricamente, a base de dados elaborada e aplicada, atende aos requisitos da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde: universalidade, integralidade e equidade, pois nela não há distinção de pessoas, e os administradores e coletadores de dados pautam-se em compromissos éticos com a produção do conhecimento. Ressalta-se que os usuários coletores, visualizadores e pesquisadores não têm acesso a qualquer modificação do protocolo. Somente o usuário administrador pode

alterá-lo, inserindo novos itens sem alterar o banco de dados já utilizados. Um ponto de grande relevância neste sistema é a segurança, pois os usuários do protocolo eletrônico são cadastrados com senha e login, o que dificulta o risco de alterações inapropriadas e suas consequências.

O Ministério da Saúde (2004) preconiza o desenvolvimento de pesquisas que otimizem os processos de produção e absorção de conhecimento científico e tecnológico pelos serviços de saúde, objetivo este igualmente requerido pela Organização das Nações Unidas, para o milênio. Morel (2004) reitera este pensamento, mas diz ser um grande desafio para os países em desenvolvimento, pois deverão partir por dois caminhos: 1- organizar sistemas de pesquisa em saúde baseados em prioridades sanitárias; 2 – incorporar os resultados às políticas e ações de saúde.

Diante deste cenário, torna-se necessário o desenvolvimento de novas alternativas que implementem as possibilidades de pesquisa, facilitando os processos e melhorando as formas de captação, armazenamento e análise dos dados.

O SINPE , por suas características, oferece opções de fácil execução, podendo ser utilizado em pesquisa resultantes das realidades regionais, e nacionais, considerando as tendências epidemiológicas, as diferentes doenças e condições de saúde, o custo e a efetividade das intervenções, entre outros pontos.

O SINPE , por sua abrangência, requer a busca de informações não somente junto ao paciente, como também em seu prontuário, seus exames complementares e junto a sua família. Denota-se daí, a importância de seu caráter multiprofissional, favorecendo a pesquisa científica para a comunidade da grande área da saúde, e mais, seu caráter multicêntrico, que estimula o desenvolvimento de estudos reduzindo o tempo de pesquisa, aumenta o número de dados e população estudada e, conseqüentemente, traz qualidade aos trabalhos científicos (PEREIRA, 1995).

Este software demonstrou sua eficiência nos seguintes itens:

- 1- facilidade de execução do programa;
- 2- praticidade de confecção da base teórica de dados e sua formatação;
- 3- velocidade de carregamento da tela principal;
- 4- telas com desenho atrativo que induz à busca de informações;
- 5- facilidade de navegação nas diferentes telas;
- 6- todas as ações estão claramente definidas e servem a um propósito específico;
- 7- possibilidade de armazenamento de número expressivo de dados;
- 8- rapidez e velocidade com que analisa os dados;
- 9- Produção de gráficos com extrema velocidade;

- 10- Permite utilização simultânea da Internet;
- 11- recuperação de dados com qualidade;
- 12- Favorecimento da pesquisa multicêntrica, com economia de tempo e custos operacionais;
- 13- competência para pesquisa retrospectiva e prospectiva;
- 14- inúmeras possibilidades de avaliação epidemiológica;
- 15- possibilidade de atualização constante dos dados;
- 16- além da pesquisa, utilização no ensino e qualificação do cuidar;
- 17- confiabilidade, ética e segurança.

Embora a somatória de todos os pontos detalhados até agora sejam suficientes para certificar a validade do SINPE , há ainda uma alternativa de utilização para a enfermagem, especificamente neste caso, que seria uma ferramenta para implementar e promover a educação em saúde. Os dados apresentados sugerem à Enfermagem a consecução deste tipo de intervenção, uma maneira eficaz de estender os serviços de enfermagem à comunidade e promover educação a populações específicas.

No sentido de contribuir com o aprimoramento deste software , pode-se dizer que um ponto ainda necessita de certa consideração por parte dos usuários do Protocolo Eletrônico: a padronização da terminologia das informações a serem inseridas na base de dados.

Há que se ressaltar que reflexões foram feitas sobre a terminologia a ser usada na construção dos protocolos, entendendo que é necessário universalizar a linguagem das informações. Recorreu-se à literatura e pode-se constatar que, internacionalmente, ainda é precoce o uso de uma linguagem universal. As investigações sobre o EPR (Eletronic Patient Record) na Finlândia, está em estágio inicial, sendo que há esforços para a utilização da “ Home Health Classification” e da FiCNI (Classification of Nursing Interventions). (SARANTO, 2003, 2003b)

Na Universidade de Filadélfia, um grupo de pesquisadores estão desenvolvendo um sistema de suporte à decisão baseado na Teoria de Orem, que preconiza o auto-cuidado como referencial. (BOWLES et al, 2004). A teoria transcultural foi o referencial utilizado por Chang (2003) na Universidade da Califórnia, no desenvolvimento do software denominado CHI-WG, que analisa e investiga a comunicação realizada com os usuários, identificando a efetividade da educação em saúde.

O modelo de Hargrove-Huttel (1998) foi escolhido como referencial teórico metodológico para estruturação deste protocolo eletrônico, que utiliza a divisão em “ distúrbios funcionais” . Considera-se que outras teorias e sistemas, embora muitas aguardem por validações, podem ser facilmente utilizadas no SINPE .

As concepções teóricas e filosóficas devem acima de tudo assegurar os princípios de causalidade e substancialidade, e acredita-se que a metodologia utilizada tenha trazido conhecimento para a profissão, pois elucidou situações humanas e minúcias que conferiram significado ao cuidar, ensinar, gerenciar e pesquisar.

Apresentamos na figura a seguir, um modelo de protocolo que poderia vir a ser desenvolvido, baseado no referencial da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) – que permite documentar o pensamento da Enfermagem de forma eficiente e obter compreensão interdisciplinar (NANDA , 2002).

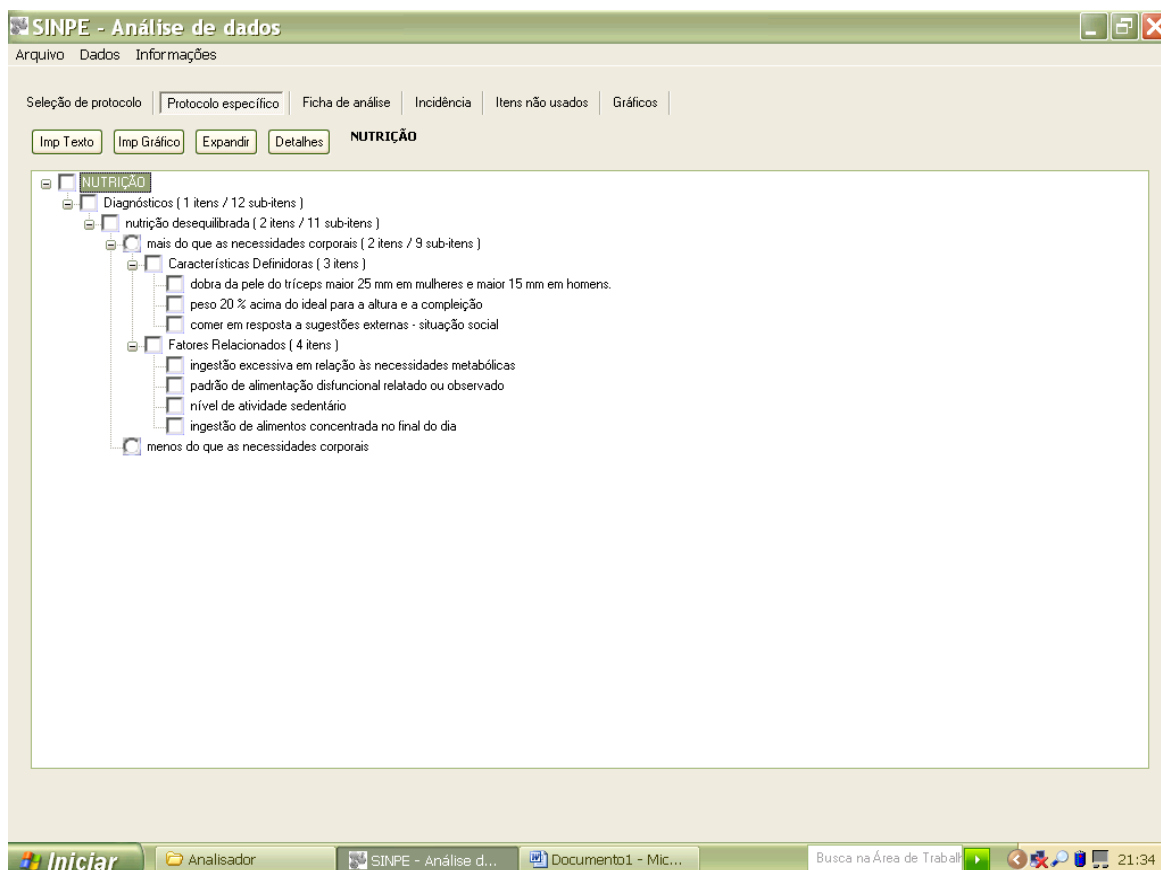


FIGURA 35 – TELA DE EXEMPLO DE PROTOCOLO NANDA - SINPE

A figura 35 sugere que outros referenciais teóricos possam fazer parte do SINPE .O exemplo refere-se ao item “nutrição”, da taxonomia da NANDA, evidenciando ainda a possibilidade de se trabalhar com as características definidoras e os fatores relacionados, conforme a classificação preconizada pela Associação Norte Americana de Enfermagem.

Certamente o SINPE poderia ser estruturado com os 21 problemas de Abdellah, as 14 necessidades humanas básicas de Henderson, ou mesmo com o referencial do CIPE ou do CIPESC entre outros. A base de dados permite com facilidade a confecção da base teórica

em conformidade com o marco conceitual preconizado.

Contudo, visualizando-se o impacto que a informática terá sobre a profissão, acredita-se que a instrumentalização dos enfermeiros para a utilização da tecnologia na pesquisa, no ensino e na assistência seja urgente e primordial, independentemente do caminho teórico eleito.

Assim, esta base de dados informatizada, com o protocolo mestre relativo à assistência de enfermagem, com protocolos específicos para diferentes distúrbios funcionais do ser humano, proporciona novas concepções sobre o potencial de conhecimentos da profissão, além de diminuir as lacunas nas relações pesquisa/teoria, pesquisa/prática, pesquisa/educação e pesquisa/serviço.

Sigwalt (2004) foi o precursor da implantação de protocolos informatizados de coleta de dados clínicos prospectivos em doença esofágicas, quando apresentou sua dissertação de mestrado no Programa de Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica da Universidade Federal do Paraná. Posteriormente, vários outros pesquisadores, em diferentes áreas da medicina, evoluíram seus estudos em busca de agregar valor ao SINPE - deixando explicitado o valor significativo deste sistema para a evolução da prática da pesquisa, assim como por sua resolutividade e fidedignidade de seus resultados.

No total já estão cadastrados no SINPE mais de 250 mil itens distribuídos em 159 protocolos específicos. Atualmente, existem cadastrados no SINPE 519 pacientes em três instituições, cadastros estes que foram realizados durante o período de coleta de dados. Ressalta-se que para a Enfermagem é a primeira oportunidade de utilização do SINPE - Existem outros trabalhos em andamento realizando novas coletas de dados e, certamente, o número de pacientes cadastrados no sistema irá aumentar (BORSATO, 2006).

O SINPE permite que profissionais de saúde tenham alguns benefícios acadêmicos através do uso da ferramenta como:

- a) incremento no potencial de publicações científicas na área da saúde e da informática;
- b) otimização do esforço para o desenvolvimento de trabalhos de mestrado e doutorado;
- c) coleta de dados em ambiente multicêntrico para realização de pesquisas;
- d) utilização da ferramenta em sala de aula.

Como o sistema permite a construção de protocolos em ambiente multicêntricos, a elaboração e a validação para a área do conhecimento em saúde poderiam ser realizadas de maneira colaborativa entre diferentes instituições. A organização e instalação de um consórcio científico para elaboração de diferentes protocolos contribuiria para a melhoria da assistência

de enfermagem, objetivando uma atenção integral e eficaz, na busca por práticas comprometidas com a necessidade da sociedade.

Especificamente para a enfermagem, o SINPE reitera a definição dada pela Associação Norte Americana de Enfermagem

a área de conhecimento que diz respeito ao acesso e uso de dados, informação e conhecimento, para padronizar a documentação, melhorar a comunicação, apoiar o processo de tomada de decisão, desenvolver e disseminar novos conhecimentos, aumentar a qualidade, a efetividade e a eficiência do cuidado em saúde, fornecendo maior poder de escolha aos clientes e fazer avançar a ciência de Enfermagem (ANA, 1995, p.8).

Para a enfermagem, avançar significa buscar a conscientização plena do papel da informática na saúde e envidar esforços para que a tecnologia seja incorporada ao processo de trabalho, de tal forma que possa contribuir para a transformação e solidificação das diferentes áreas de atuação.

A contribuição tecnológica destaca-se nas quatro vertentes que caracterizam a profissão:

- 1- assistência: documentação das atividades do cuidado, em todas as fases do processo de enfermagem;
- 2- administração: planejamento de pessoal, censo, relatórios, redes de comunicação;
- 3- ensino: instrução individualizada, tutoriais, recursos educacionais, educação à distância;
- 4- pesquisa: análise estatística, processamento de dados, recuperação de informação, protocolos eletrônicos entre outros.

Diante deste quadro resumo, percebe-se que a informática pode perspassar por todas as atividades que compõem a prática profissional em Enfermagem. Neste estudo, especificamente, apontamos para a contribuição significativa que a tecnologia pode trazer para a pesquisa em enfermagem quando se utiliza protocolos eletrônicos, gerando informações armazenadas em banco de dados, fornecendo suporte científico ao enfermeiro pesquisador, suporte epidemiológico e de tomada de decisão ao enfermeiro assistencial e suporte didático ao enfermeiro educador.

É de conhecimento geral que muitas práticas educativas não atingem seus objetivos de gerar transformações no modo de vida da população, pois são planejadas independentes de uma avaliação epidemiológica, ou de necessidades reais. O SINPE colabora no sentido de auxiliar o enfermeiro na tomada de decisão e planejamento de suas ações educativas com qualidade, garantindo uma relação de significado com a clientela, por proporcionar aprendizado satisfatório visto ser condizente com a realidade evidenciada nos dados gerados na pesquisa.

Através do Sistema Integrado de Protocolos Eletrônicos, há possibilidades de tornar a base de dados informatizada disponível para outros profissionais da área da saúde, e também tornar viável a realização de estudos multicêntricos.

Pela importância da tecnologia e sua relação intrínseca com a pesquisa, recomenda-se que a enfermagem:

- 1- busque aprimoramento na área da informática;
- 2- utilize recursos computacionais na racionalização do trabalho, no processo de decisão;
- 3- integre o uso da tecnologia de informação ao currículo dos cursos, definindo as competências necessárias;
- 4- consolide os novos papéis a serem desempenhados diante do impacto da tecnologia;
- 5- caracterize e fortaleça o corpo de conhecimento próprio;
- 6- conheça novos setores de investigação científica;
- 7- possibilite que todos os profissionais da equipe de saúde tenham acesso à informação advinda da prática profissional;
- 8- desenvolva uma linguagem uniforme que descreva as suas ações;
- 9- assegure a atualização e a integralidade dos dados recorrentes de sua prática profissional
- 10- reflita sobre os rumos que a tecnologia da informação terá no futuro da profissão;
- 11- promova a inter-relação dos enfermeiros pesquisadores e enfermeiros assistenciais e educadores;
- 12- domine a tecnologia com vistas ao cuidado qualificado;
- 13- adquira habilidade para trocar informação de alta qualidade entre parceiros do processos do cuidado em saúde (estudos multicêntricos)
- 14- promova novas políticas para a investigação científica.

Neste início de milênio, a tecnologia da informação tem papel de destaque na construção e desenvolvimento do conhecimento da enfermagem. O SINPE traz em seu bojo a possibilidade de melhoria da prestação do cuidado ao cliente, considerando cada resultado de pesquisa como novas questões a serem estudadas, definidas, trabalhadas e novamente pesquisadas. Desta forma, o campo da pesquisa poderá ampliar-se dinamicamente e constantemente, permitindo a socialização de novos saberes, otimizando a assistência e o ensino da enfermagem.

Este contexto permite afirmar que a enfermagem, como profissão socialmente constituída, terá a tecnologia da informação como aliada na intervenção competente, na

interação com a equipe de saúde e na perspectiva de crescimento e desenvolvimento.

O SINPE não se esgota em si mesmo. O sistema promove a pesquisa e incita os pesquisadores a se aventurarem em busca do novo e do inusitado, das circunstâncias que envolvem o assistir, o gerenciar, o ensinar, que servem de objeto de pesquisa para o desenvolvimento do corpo de conhecimento da Enfermagem.

6 CONCLUSÃO

A elaboração do presente estudo permite concluir:

- a) O protocolo é aplicável para pesquisa em enfermagem em caráter multicêntrico;
- b) Foi possível avaliar os resultados e obter informações detalhadas de relevância sobre o assunto;
- c) Foi possível validar o protocolo eletrônico da assistência de enfermagem de forma multicêntrica;
- d) O módulo de visualização integrado ao SINPE pôde ser validado.

REFERÊNCIAS

AGUDELO, M. C. C. Trends and priorities in nursing research. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.4, p.583-588, jul./ago. 2004.

AIKEN, L.H, CLARKE S.P, SLOANE, D.M. Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. **International Journal for Quality in Health Care**. n.14, p. 5-13. 2002.

ALLEN, E. L.; BARKER, K. N.; COHEN, M. R. Draft guidelines on preventable medication errors. **Am J Hosp Pharm**, v.49, n.3, p.640-648, Mar. 1992.

ACG - AMERICAN COLLEGE OF GASTROENTEROLOGY. Disponível em: < <http://www.reservaer.com.br/saude/cancerdeintestino.html> >. Acesso em: 10 out. / 2006.

ANA – ASSOCIAÇÃO NORTE AMERICANA DE ENFERMAGEM. **The scope of practice for nursing informatics**. Washington: Nurse Publishing, 1995. p.1-15.

ASSIS, M. A. A; ROLLAND-CACHERA, M. F. Overweight and thinness in 7-9 year old children from Florianópolis, Southern Brazil: a comparison with a French study using a similar protocol. **Rev. nutr**, v.19, n.3, p.:299-308, maio - jun. 2006.

ASSOCIAÇÃO NORTE-AMERICANA DE ENFERMAGEM. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA- Definições e Classificação**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

ANGERAMI, E. L. S. O desenvolvimento da pesquisa no Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.1, no.spe, p.43-52,1993.

BARRETO NETO, J. **Avaliação prospectiva do risco cardiopulmonar em cirurgia abdominal alta eletiva**. 2000. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Pneumologia; 2000.

BARROS, A. B. L. et al. O uso do computador como ferramenta para a implementação do processo de enfermagem – a experiência do hospital São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.55, n.6, p.714-719, nov./dez., 2002.

BASSO, R. S.; PICOLI, M. Unidade de recuperação pós-anestésica: diagnósticos de enfermagem fundamentados no modelo conceitual de Levine. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.06, n.03, 2004. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_3/www.fen.ufg.br>. Acesso em: 2/11/2006.

BLOCH, K. V.; RODRIGUES, C. S.; FISZMAN, R. Epidemiologia dos fatores de risco para hipertensão arterial - uma revisão crítica da literatura brasileira. **Rev. bras. hipertens**, v.13, n.2, p.134-143, abr.-jun. 2006.

BOHM, G. M. et al. **Informática médica**: um guia prático. São Paulo: Atheneu; 1989.

BORSATO, E. P. **Modelo multicêntrico para elaboração, coleta e pesquisa de dados em protocolos eletrônicos**. 2006. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Paraná, 2006.

BOWLES, K. H. et al. Building a Decision Support System with Expert Knowledge. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE INFORMATICA NA SAÚDE, 2004, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: Ed. da URS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE, 2. 2004, Brasília. **Documento Base**. Brasília: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social, Ministério da Educação e Cultura. **Tabagismo e Saúde**: o que você precisa saber para poder informar. Brasília. 2005.

BRASIL. **Indicadores e Dados Básicos** - Brasil – 2005. <http://www.opas.org.br>> Acesso em 10/11/2006. a

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer – INCA. **Magnitude do câncer no Brasil**. Brasília. 2006. http://www.inca.gov.br/situacao/arquivos/ocorrencia_magnitude_cancerbrasil. > Acesso em 2/11/2006.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. **Resolução 196/96**: dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRAZ, L. G.; BRAZ, J. R. C. Incidência de parada cardíaca durante anestesia, em hospital universitário de atendimento terciário: estudo prospectivo entre 1996 e 2002. **Rev. bras. anesthesiol**, v.54, n.6, p.755-768, nov.-dez. 2004.

BRIENZA, A. M.; MISHIMA, S. M. Grupo de reeducação alimentar: uma experiência holística em saúde na perspectiva familiar. **Rev. Bras. Enfermagem**, v.55, n.6, p.697-700, nov.-dez. 2002._

BUENO, E.; CASSIANI, S. H. B; MIQUELIN, J. L. Erros na Administração de medicamentos: fatores de risco e medidas empregadas. **Rev. Baiana Enfermagem**, v.11, n.1, p.101-119, abr. 1998.

CADE, N. V.; CHAVES, E. C. Avaliação do bem-estar psicológico em mulheres com hipertensão. **Cogitare enferm**, v.8, n.1, p.18-25, jan.-jun. 2003.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.31, n.2, p.209-213, abr. 1997.

CARVALHO, M. B. de et al. Clinical and epidemiological characteristics of oral squamous cell carcinoma in women. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 47, n. 3, 2001.

CARVALHO, A.C. **Levantamento de Recursos e Necessidades de Enfermagem no Brasil**. Associação Brasileira de Enfermagem. Documentário. Brasília, 1976.

CASSIANI, S. H. de B. et al. Avaliação da prescrição médica eletrônica em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.55, n.5, p 509-513, set./out. 2002.

_____. A prescrição médica eletrônica em um hospital universitário: falhas de redação e opiniões de usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Ribeirão Preto, v.37, n.4, p.51-60, 2003.

CASTELLANOS, F. Uso e necessidade de prótese dentária em idosos que demandam um Centro de Saúde. **Rev. Bras. Odontol**, v.54, n.2, p.:107-110, mar.-abr. 1997.

CAVALCANTI, J. B.; PAGLIUCA, L. M. F. Diagnóstico e intervenção de enfermagem de paciente cirúrgico: aplicação do modelo de Orlando. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v.2, n.1/2, p.78-92, abr.-set. 1998.

CHANG, B. L. Consumer health informatics in nursing: nursing process focus within a multidisciplinary framework. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE INFORMÁTICA NA ENFERMAGEM, 8., 2003, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro, 2003.

CHAVES, E. S.; LOPES, M. V. O; ARAUJO, T. L. Investigacao de fatores de risco associados a hipertensao arterial em grupo de escolares. **Rev. Enfermagem UERJ**, v.14, n.2, p.169-175, abr.-jun. 2006.

CHRISTMAN, L. P. The future of nursing is predicted by the state of science and technology. In: CHASKA, N. L. **The nursing profession: a time to speak**. New Jersey: Mc Graw Hill, 1983, p.802-806.

CIANCIARULLO, T. I. A enfermagem e a pesquisa no Brasil. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.25, n.2, p. 195-215, 1991.

COHANE, G. H.; POPE JR, H. G. Body image in boys: a review of the literature. **Int J Eat Disord**, v.29, n.4, p.373-379, 2001.

COIMBRA, J. A. H.; VALSECHI, E. A. S. Sistema de distribuição de medicamentos por dose unitária: reflexões para a prática da enfermagem. **Rev. Latino- Am. De Enfermagem**, v.6, n.4, p.15-19, out. 1998.

- COLOGNA, M. H. et al. Análise da utilização de sala de cirurgia com apoio da informática. **Revista Latino-Am de Enfermagem**, v.4, n. especial, p.71-81, abr. 1996.
- COLOMBET I et al. Electronic implementation of guidelines in the EsPeR system: a knowledge specification method. **Int J Med Inform**. V.74,n.7-8, p. 597 – 604, 2005, Aug.
- COLUSSI, C. F.; FREITAS, S. F. T. de. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.5, set./out. 2002.
- CREUTZBERG, M. et al. Interfaces of geriatric nursing and dental care. **Online Brazilian Journal of Nursing** [online], v.3, n.3, Dec. 2004. Disponível em: < www.uff.br/nepae/objn303creutzbergetal.htm >. Acesso em: 2/11/2006.
- CRUZ, E. D. A.; MOREIRA, I.; QUIQUIO, Z. F. Prevenção de infeccões associadas a cateter venoso central em pacientes neutropênicos. **Cogitare Enferm**, v.5, n.esp, p.46-55, jan.-jun. 2000.
- DAL SASSO, G. T. M. Tecnologia de informática: uma contribuição à disciplina de enfermagem. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v.2, n.2, p.76-82, jul.-dez. 1997.
- DALRI, A. C.; ROSSI, L. A.; DALRI, M. C. B. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em período pós-operatório imediato de colecistectomia laparoscópica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n.3, p.389-396, maio/jun. 2006.
- DEMENEGHI, L. S. M.; SAHIMTT, M. T. Implantação da informatização em área cirúrgica: fase primeira. **Rev. Paul. Enfermagem**, n. especial, p.54-56, jul.1991.
- DOUFAS, A. G. Consequences of inadvertent perioperative hypothermia. **Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology**, v. 17, n.4, p.535-549, 2003.
- DURAN, E. C. M.; COCCO, M. I. M. Software educativo sobre diabetes mellitus para profissionais de saúde: etapas de elaboração e desenvolvimento. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.1, p.104-107, jan./fev. 2003.
- FARIAS, D. H. R.; GOMES, G. C. G.; ZAPPAS, S. Convivendo com uma ostomia: conhecendo para melhor cuidar. **Cogitare Enferm**, v.9, n.1, p.25-32, jan.-jun. 2004.
- FREITAS, G. F. **Ocorrências éticas com pessoal de enfermagem de um hospital do município de São Paulo**. 2002. 198f. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, 2002.
- FRIAS, A. C. **Estudo de confiabilidade do levantamento epidemiológico de saúde bucal - Estado de São Paulo, 1998**. 2000. 155f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2000.
- GOLDSWORTHY, S.; LAWRENCE, N.; GOODMAN, W. The use of personal digital assistants at the point of care in an undergraduate nursing program. **Comput Inform Nurs**, v.31, n.24, p.38-43, 2006.
- GOMES, V. L. O.; FONSECA, A. D.; RODRIGUES, M. G. S. Saúde oral: um desafio para a equipe de saúde. **Rev. Bras. Enfermagem**, v.54, n.1, p.43-47, jan.-mar. 2001.
- GRAVES, J. R.; CORCORAN, S. The study of nursing informatics. **Image – Journal of**

Nursing Scholarship, v.21, n.4, p.227-231, 1989.

GUIMARÃES, E. M. P.; ÉVORA, Y. D. M. Sistema de informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 33, n. 1, p. 72-80, 2004.

GUIMARÃES, S. M. et al. Aplicações do computador para a enfermagem na admissão de pacientes cirúrgicos ambulatoriais. **Revista Enfoque**, v.4, n.17, p.90-92, dez. 1989.

HANNAH, K. J. **Introduction to nursing informatics on nursing practice**. New York: Springer-Verlag, 1994.

HARGROVE-HUTTEL, R. A. **Enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

HAYAOKAWA, L. Y.; INOUE, K. C. Município saudável: o enfoque dos secretários municipais de Maringá-Paraná. **Ciênc. cuid. saúde**, v.3, n.3, p.287-294, set.-dez. 2004.

HORIUCHI, L. N. O. **Problemas bio-psicoespirituais sentidos pelos pacientes submetidos a procedimentos diagnósticos**. 1982. Tese (doutorado) - Escola de Enfermagem Anna Nery, 1982.

IBRAHIM, S. A.; KWOH, C. K. Underutilization of oral anticoagulant therapy for stroke prevention in elderly patients with heart failure. **American Heart Journal**, v.140, p.219-220, 2000.

LASTRA, G. La obesidad: epidemia del nuevo milenio. **Rev. Fac. Med.** (Bogotá), v.53, n.3, p.186-195, jul.-sept. 2005.

LAUTERT, L.; ARAÚJO, V. G.; DORFEY, C. H.; LEMIESZEK, J. Atuação do enfermeiro no cotidiano de indivíduos submetidos a exames radiológicos e ultra-sonográficos. **Rev. HCPA & Fac. Med. Univ. Fed. Rio Gd. do Sul**, v.16, n.3, p. 308-11, dez. 1996.

LEITE, J. L.; DANTAS, C. C.; FONSECA, J. M. A enfermagem prevenindo e cuidando das complicações locais decorrentes do uso de cateter venoso periférico em pacientes com HIV/AIDS / **Rev. RENE**, v.5, n.1, p.49-55, jan.-jun. 2004.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.3, p.735-743, jun. 2003.

LOPES, C. R.; BARBOSA, M. A.; TEIXEIRA, M. E. M.; COELHO, R. B.. A comunicação profissional de saúde X cliente diante das novas tecnologias. **Rev. Bras. Enfermagem**, v.51, n.1, p.53-62, jan.-mar.1998.

LUCE, M. **Análise do desempenho da enfermeira em uma atividade independente**. Dissertação. (mestrado) 1980. Escola de Enfermagem Anna Nery-RJ. 1980.

LUIS, M. V. et al. Reflexões sobre a inserção da informática na profissão de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.1, n.13, p.37-40, jan. 1992.

LUNARDI FILHO, W. D. A prescrição de enfermagem computadorizada como instrumento de comunicação nas relações multiprofissionais e intra equipe de enfermagem: relato de experiência. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.5, n. 3, p.63-69, jul. 1997.

MCDONALD, C. J. et al. What is done, what is needed and what is realistic to expect from medical informatics standards. **Journal of Informatics**, Worcester, v.48, p.1-12, 1998.

MAGALHÃES, Z. R. et al. Network availability of the work designation of the nursing team at the hospital das clínicas of the UFMG. In: SIMPOSIO BRASILENO DE COMUNICACIÓN EN ENFERMERÍA, 8., 2002, San Pablo. **Anales electrónicos...** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, Disponível em: <<http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 23/10/2006.

MALAFIA, O.; BORSATO, E. P.; PINTO J. S. P. **Manual do Usuário do SINPE**. Curitiba: UFPR, 2003.

MANSOLO, A. A. S. et al. Registro Electrónico de Pacientes. **Revista Cubana de Educación Médica Superior**, v.13, n.1, p.46-55, 1999.

MARIN, H. F. **Aquisição de conhecimento e desenvolvimento de um protótipo de sistema especialista em assistência pré-natal no atendimento de gestantes normais**. 1991. Dissertação (Mestrado) – Escola Paulista de Medicina, 1991.

_____. O prontuário eletrônico do paciente. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.20, n.1, jan./abr. 2001.

_____. **Informática em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1995.

_____. Tecnologia da Informação em Enfermagem: próximos passos. **O Mundo Da Saúde**, São Paulo, v.24, n.3, p.200–204, maio/jun. 2000.

MARSHALL C; ROSENBRAND K; OLLENSCHLAEGER G. Transforming written guidelines into electronic formats - international perspectives. **Stud Health Technol Inform**. Guidelines International Network, New Zealand, n.101, p.123-6, 2004.

MARUYAMA, S. A. T.; ZAGO, M. M. F. O processo de adoecer do portador de colostomia por câncer. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.2, p.216-222, mar./abr. 2005.

MEDINA, J. et al. Conducta frente a la sospecha de infección relacionada a catéter venoso central para hemodiálisis. **Rev. Méd. Urug**, v.22, n.1, p.29-35, mar. 2006.

MIASSO, A. I.; CAMARGO, A. E. B.; CASSIANI, S. H. B. O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.14, n.3, p.354-363, maio-jun. 2006.

MICHELONE, A. P. C.; SANTOS, V. L. C. G. Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.6, p.875-883, nov./dez. 2004.

MOREIRA, M. C. **O cuidado de ajuda no alívio da ansiedade de clientes com câncer em tratamento quimioterápico paliativo: contribuição ao conhecimento de enfermagem**. 2002. 138f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2002.

MOREL, C. M. A pesquisa em saúde e os objetivos do milênio: desafios e oportunidades globais, soluções e políticas nacionais. **Cadernos Saúde Coletiva**, v.9, n.4, p.261-276, abr./jun. 2004.

MOTTA, M. C. S. da. Desenvolvimento do *software* educacional em saúde do lactente. **Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.5, n. 2, p. 211-223, ago. 2001.

NEDER, M. M.; BORGES, A. A. N. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: o que avançamos no conhecimento de sua epidemiologia? **Rev. bras. hipertens**, v.13, n.2, p.126-133, abr.-jun. 2006.

NEEDLEMAN J. et al. Nurse staffing levels and the quality of care. **New England Journal of Medicine** n.30, p.1715-22. May 2002.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre a enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.

NISHINARI, K. et al. Cateteres venosos totalmente implantáveis para quimioterapia: experiência em 415 pacientes . **Acta Oncol. Bras**, v.23, n.2, abr.-jun. 2003.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de Enfermagem**: definições e classificações. Porto Alegre : Artmed; 2002.

OLIVEIRA, B. G. B; RODRIGUES, A. L. S. Cicatrização de feridas cirúrgicas e crônicas: um atendimento ambulatorial de enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** , Rio de Janeiro v.7, n.1, p.104-113, abr. 2003.

OLIVEIRA D.V.D., NAKANO T.T.Y. Reinserção social do ostomizado. In: Santos VLCG, Cesaretti IUR. **Assistência em estomaterapia**: cuidando do ostomizado. São Paulo : Atheneu; 2000. p. 279-90.

OLIVER, G. G. F. **Um olhar sobre o esquema corporal, a imagem corporal, a consciência corporal e a corporeidade**. 1995. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Campinas, Campinas.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE - OPAS. **Indicadores e Dados Básicos** - Brasil – 2005. <http://www.opas.org.br>> Acesso em 2/11/2006.

PAZOLINI, M. **A sociedade atual e o consumo de álcool**. Disponível em: < <http://www.corpohumano.hpg.ig.com.br/abr2003/alcool.html> >. Acesso em: 22/10/2006.

PARK H.A.; CHO I.S. Effects analysis and evaluation of a virtual class applied to graduate level nursing informatics course. **J Korean Society of Medical Informatics**. v.6, n.4, p. 45-55. 2000.

PEDRAZZANI, E. S. et al. Implantação de um banco de dados em vacinação: experiência desenvolvida em um projeto de integração. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.6, p.831-836, nov./dez. 2002.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1995.

PEREIRA-LIMA, L.; RHODEN, E. L.; CARDOSO, M. G.; KALIL, A. N. Gastroenterostomia paliativa em pacientes com carcinoma irresssecável de cabeça de pâncreas. **Rev. AMRIGS**, Porto Alegre, v.38, n.4, p.267-9, out.-dez. 1994.

PIERIN, A.M.G. et al. Atendimento de enfermagem ao paciente com hipertensão arterial. **Rev. Bras. Med.** (cardiologia), v. 3, n. 4, p. 209-211, ago. 1984.

PIMENTA, C. A. M.; KOIZUMI, M. S.; TEIXEIRA, M. J. Dor no doente com câncer: características e controle. **Rev Bras Cancerol**, v.43, n.1, p.21-44, jan./fev./mar. 1997.

PINTO, T. V.; ARAUJO, I. E. M. Enfermagem em cirurgia ambulatorial de um hospital escola: clientela, procedimentos e necessidades biológicas e psicossociais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.13, n.2, p.208-215, mar.-abr. 2005.

PINTO, J. S. P. **Módulo de Visualização de conteúdo para o sistema integrado de protocolos eletrônicos - SINPE©**. Curitiba, 2006. Tese (doutorado) - Universidade Federal do Paraná, 2006.

PUPULIM, J. S. L.; SAWADA, N. O. O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ético-moral. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, v.10, n.3, p. 433-438, 2002.

REINA, R.; BALASINI, C; ESTENSSORO, E. Infecciones asociadas a catéteres venosos centrales en pacientes críticos. **Med. intensiva**, v.20, n.1, p.19-23, 2003.

RIBEIRO, E.R. **Protocolo eletrônico de coleta de dados para pesquisa em enfermagem médico-cirúrgica**. Curitiba, 2004. Dissertação (mestrado) –Programa de Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica da Universidade Federal do Paraná, 2004.

ROSEMBERG, J. **Pandemia do tabagismo: enfoques históricos e atuais**. São Paulo: Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo - CIP e CVE; 2002.

RUFFINO-NETTO, A. Tabagismo: aparente complexidade desafia racionalidade [editorial]. **Informativo da Superintendência HCRP**, n.esp. 2001.

SANTOS, B. R. L. Estudos retrospectivos do uso do computador no ensino da enfermagem. **Revista Gaúcha de enfermagem**, v.2, n.8, p. 227-235, jul.1987.

SANTOS, B. R. L. et al. O ensino de atenção primária à saúde: avaliação diagnóstica e formativa através de microcomputadores. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.13, n. 2, p.5-10, jul.1992.

SARANTO, K. The Finnish classification of nursing interventions (FiCNI) - development and use in nursing documentation. In: CLARK J. ed. **Naming Nursing: proceedings of the first ACENDIO Ireland/UK Conference**. Swansea, Wales, UK, 2003. p. 191-195.

_____. Nursing initiatives in developing electronic patient record (EPR) and network. In: **CONGRESSO INTERNACIONAL DE INFORMÁTICA NA ENFERMAGEM**, 8., 2003, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro, 2003b.

SBORGIA, R. C.; RUFFINO-NETTO, A. Tabagismo, saúde e educação. **J. bras. pneumol.**, São Paulo, v.31, n.4, jul./ago. 2005.

SCHILLDER, P. **A imagem do corpo**: as energias construtivas da psique. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

SCOCHI, C. G. S. et al. A informática na prática de enfermagem: um novo desafio para o enfermeiro. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.2, n.12, jul.1991.

SERMEUS W, DELESIE L. Development of a presentation tool for nursing data. In: MORTENSEN RA. **ICNP in Europe**: Telenurse. Amsterdam: IOS Press; 1997.

SIGWALT, M. F. **Aplicação multicêntrica informatizada da coleta de dados na doença do refluxo gastroesofágico**. 2004. 81 folhas. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Paraná, 2004.

SILVA, C. M. da. **Informatização de tarefas administrativo-burocráticas de enfermagem realcionadas com o preparo para cirurgias eletivas**: uma proposta. 1991. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, 1991.

SILVA, L. M. H. da; ZAGO, M. M. F. O cuidado do paciente oncológico com dor crônica na ótica do enfermeiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2001.

SILVA, A. L.; SHIMIZU, H. E. O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva. **Rev. Latino- Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n.4, Jul./Aug. 2006.

SILVA, R.; TEIXEIRA, R. Aspectos psico-sociais do paciente ostomizado. In: CREMA, E.; SILVA, R. **Ostomas**: uma abordagem interdisciplinar. Uberaba (MG): Pinti, 1997. p. 193-204.

SONOBE, H. M., BARICHELLO, E.; ZAGO, M. M. F. A visão do colostomizado sobre o uso da bolsa de colostomia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.48, n.3, p. 341-348, 2000.

SOONAWALLA, Z. et al. Use of self-expanding metallic stent in the management of obstruction of the sigmoid colon. **AJR**, v.171, p.6336, 1998.

SPERANDIO, D. J.; ÉVORA, Y. D. M. Planejamento da assistência de enfermagem: proposta de um software-protótipo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.6, p.937-943, nov./dec. 2005.

STEVENS, D.; JOHNSON, M.; LANGDON, R. Comparison of two warming interventions in surgical patients with mild and moderate hypothermia. **International Journal of Nursing Practice**, v. 6, n.5, p.268-275, 2000.

STORTI, A.; PIZZOLITTO, A. C.; PIZZOLITTO, E. L. Detection of mixed microbial biofilms on central venous catheters removed from Intensive care Unit Patients **Braz. J. Microbiol**, v.36, n.3, p.275-280, July/Sept. 2005.

TACHINARDI, U. Tendências da tecnologia da informação em saúde. **O mundo da saúde**, São Paulo, v.24, n.3, maio/jun. 2000.

TEIXEIRA, E. Conhecimento e opiniões de enfermeiros sobre informática na enfermagem. **Revista Enfoque**, v.1, n.18, p.17-19. mar./jul. 1990.

TEIXEIRA, H. V.; TEIXEIRA, M. G. Financiamento as saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.8, n.2, p.379-391, 2003.

TEIXEIRA, J. C.; SANTOS, C. C.; PEREIRA, S. R. Avaliação da instalação e da utilização de sistemas para acesso venoso central totalmente implantável em mulheres com câncer. **Rev. Bras. Mastologia**, v.11, n.4, p.132-136, dez. 2001.

TELLES FILHO, P. C. P. Administração de medicamentos e a comunicação de conhecimento via online. **Rev. Bras. Enfermagem**, v.54, n.4, p.539-547, out.-dez. 2001.

TELLES FILHO, P. C. et al. O estado da arte da informática em enfermagem: revisão de periódicos. **Revista Baiana de Enfermagem**, v.11, n. 2, p.38-49, out. 1998.

_____. O computador no ensino de enfermagem: análise das atitudes de discentes de instituições de nível superior. **Revista Latino-Am Enfermagem**, v.7, n.1, p.93-98, jan.1999.

TRAMONTINI, C. C. **Controle da hipotermia de pacientes cirúrgicos idosos no período intraoperatório: avaliação de duas intervenções de enfermagem**. 2000. 107f. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem, 2000.

UTYAMA, I. K. A.; OHNISHI, M. Investigação de enfermagem sobre o uso de cateteres venosos em clientes hospitalizados. **Rev. Bras. Enfermagem**, v.50, n.2, p.291-296, abr.-jun. 1997.

ZOTTIS, C.; LABRONICI, L. M. O corpo obeso e a percepção de si. **Cogitare enferm**, v.7, n.2, p.21-29, dez. 2002.

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, abaixo assinado, declaro que participarei livremente da pesquisa denominada “ protocolo eletrônico de coleta de dados para pesquisa em enfermagem médico-cirúrgica: aplicação e avaliação. Entendo que o objetivo da pesquisa é verificar o funcionamento de uma base de dados, o que irá facilitar o modo de se realizar pesquisa na saúde, contribuindo para a melhora da assistência prestada aos pacientes.

Estou ciente que os meus dados serão colocados na base de dados para posterior análise pela pesquisadora, a qual me deu ciência de que posso solicitar esclarecimentos, recusar ou retirar meu consentimento a qualquer momento da pesquisa.

Tenho a garantia de que os dados obtidos terão tratamento sigiloso, e que não há forma alguma de ressarcimento de despesas por ser participante na pesquisa.

Por ser verdade, assino,

ANEXO I

ITENS GERAIS DO PROTOCOLO DO DISTÚRBO GASTROINTESTINAL

DESCRIÇÃO	% OCORRÊNCIAS
EXAME FÍSICO GERAL	100,000
SINAIS VITAIS	100,000
TEMPERATURA	99,669
normal	69,205
hipertermia	21,523
hipotermia	7,285
local	94,371
bucal	0,662
axilar	93,377
retal	0,000
PULSO	99,669
tipo	99,669
normal	73,841
bradicárdico	12,252
taquicárdico	11,921
ritmo	98,344
rítmico	90,066
arrítmico	4,305
fraco	0,662
forte	0,662
RESPIRAÇÃO	100,000
eupnéica	64,238
dispnéica	19,536
apnéica	0,000
ortopnéica	1,987
asfixia	0,000
artificial	0,000
bradipnéica	1,325
taquipnéia	12,583
hiperpnéia	0,000
hiperventilação	0,000
Cheyne-Stokes	0,000
Biot	0,000
Kussmaul	0,000

retração dos espaços intercostais	0,000
abaulamento dos espaços intercostais	0,000
PRESSÃO ARTERIAL	99,669
pressão de pulso	97,020
normal	72,517
aumentada	13,907
diminuída	8,609
hipertensão	12,583
leve	8,609
moderada	2,649
intensa	1,325
sistólica	0,000
diastólica	0,000
hipotensão	2,980
CAVIDADE ORAL	100,000
mucosa	99,669
normal	64,570
hiperemiada	8,278
descorada	21,192
com lesão	6,954
avermelhada	6,954
púrpura	0,000
azul	0,000
ducto de Stensen visível	3,974
gengivas	99,669
normal	73,510
hiperemiada	13,245
infeccionada	0,000
com abscesso	0,000
endemaciada	1,987
retraída	7,616
placas	0,000
com sangramento	1,987
ulceradas	0,000
dentes	99,338
normais	40,066
careados	5,298
tártaro	5,298
ausência de dentes	24,503
amolecimento dos dentes	2,980
prótese	43,377
arcada superior	42,053
arcada inferior	39,735
cor	85,430
brancos	26,159
amarelecidos	57,947
acinzentados	1,325
escovação normal	56,291
limpeza ineficaz	30,464
uso de fio dental	11,921
frequencia de visitas ao dentista	77,815

1 vez ao ano	16,225
2 vezes ao ano	10,927
cada dois anos	7,285
quando sente dor	41,722
língua	99,338
textura	99,338
normal	49,669
saburrosa	41,391
ressequida	7,285
cor	89,735
rosada	62,914
pálida	26,821
lesões	12,252
placa esbranquiçada	10,265
sangrante	0,000
com inflamação	0,331
ulcerada	0,000
movimentação	99,338
normal	88,742
prejudicada	9,934
tamanho	99,007
normal	98,344
aumentada	0,331
diminuída	0,000
força	98,676
normal	89,735
diminuída	8,609
protrusa	0,000
edemaciada	0,000
lábios	99,007
umidade	98,676
normal	58,940
ressecados	39,735
cor	95,695
pálido	33,444
cianótico	3,642
rosado	58,609
simetria	95,364
normal	94,040
alterada	1,325
lesões	5,960
escamas	1,656
crostas	1,325
fissuras	2,649
hiperceratose	0,331
vesículas	0,000
placas brancas	0,000
úlceras rasas	0,000
palato duro	98,676
cor	97,351
rosado	74,503

pálido	22,517
formato	73,179
abaulado	12,583
com fenda	4,967
convexo	55,629
saliva	93,709
sialorréia	1,325
normal	91,722
respiração oral	6,291
ESTRUTURA INTERNA	96,689
amígdalas	93,377
presentes	69,868
normais	63,245
hipertrofiadas	1,987
com secreção purulenta	0,000
sem secreção purulenta	1,325
ausentes	23,510
úvula	91,391
simétrica	89,735
tamanho	76,821
normal	76,490
aumentada	3,974
diminuída	0,000
TIREÓIDE	98,344
perceptível à palpação	26,490
não perceptível à palpação	71,523
volume normal	43,377
volume aumentado	5,298
massas	0,000
presença de nodulações	0,000
LARINGE	39,735
rouquidão	18,212
afonia	3,974
tosse severa	3,311
odinofagia	5,298
dor periorbitária	0,000
disfagia	5,298
obstrução nasal	5,298
edema	0,000
sangramento	0,000
lesões	0,000
coloração avermelhada	0,662
exsudato	0,000
drenagem	0,000
ulceração	0,000
pólipos	0,000
corpo estranho	0,000
ESÔFAGO	54,967
disfagia	27,815
odinofagia	2,318
obstrução percebida	0,662

regurgitação	2,318
regurgitação noturna	2,980
eructação	2,980
pirose	18,212
pressão subesternal	1,656
sensação de saciedade precoce	0,000
acalasia	0,000
refluxo gastroesofágico	3,642
hérnia de hiato	5,629
axial	4,305
paraesofágica	1,325
divertículo	0,662
anéis esofágicos	0,000
membranas esofágicas	0,000
perfuração	1,656
retirada de corpo estranho	0,000
queimadura química	0,000
varizes esofageanas	5,629
procedimento diagnóstico	23,841
esofagoscopia	2,649
endoscopia	22,517
ABDOME	99,338
características gerais	99,007
normal	48,344
distendido	25,166
achatado	9,272
rígido	6,291
flácido	27,152
adiposo	13,576
globoso	11,258
em forma de avental	1,987
em forma de saco	0,331
timpânico	46,026
estrias	13,576
localização	13,576
hipocôndrio direito	2,318
hipocôndrio esquerdo	3,974
hipogastro	1,656
infra-umbilical	0,993
supra-umbilical	0,000
flanco direito	1,987
flanco esquerdo	7,616
fossa ilíaca direita	3,974
fossa ilíaca esquerda	0,331
cicatrizes	86,093
origem	49,669
cirúrgica	46,026
traumática	2,980
localização	46,358
hipocôndrio direito	9,603
hipocôndrio esquerdo	6,623

hipogastro	6,954
infra-umbilical	13,907
supra-umbilical	9,272
flanco direito	5,960
flanco esquerdo	2,649
fossa ilíaca direita	4,967
fossa ilíaca esquerda	1,325
cicatriz umbilical	81,788
plana	24,503
protusa	20,530
escavada	36,424
dor	68,874
localização	59,603
hipocôndrio direito	7,616
hipocôndrio esquerdo	6,623
hipogastro	19,205
infra-umbilical	10,596
supra-umbilical	8,940
flanco direito	9,603
flanco esquerdo	3,974
fossa ilíaca direita	4,636
fossa ilíaca esquerda	1,325
especificidade	62,583
superficial	36,424
profunda	11,589
difusa	10,596
irradiada	3,974
relacionada a:	58,940
respiração	4,967
exercícios	1,656
movimentos	15,232
tensão nervosa	5,629
menstruação	0,000
retenção urinária	2,318
obstipação	2,649
diarréia	13,907
fecaloma	0,000
flatulência	1,325
bexigoma	0,000
inflamação	2,649
hérnia umbilical	2,649
cólica	3,642
cicatriz cirúrgica	15,894
causa desconhecida	3,974
intensidade	61,589
leve	30,464
moderada	17,550
intensa	11,589
vaga	0,000
contínua	1,987
ritmo	56,623

alimenta-se melhora	2,980
alimenta-se melhora e volta	2,980
alimenta-se piora	16,556
alimenta-se piora 1 hora depois	1,656
alimenta-se doi	0,331
melhora após vômitos	1,325
melhora após evacuação	4,636
intermitente com períodos de acalmia	11,921
contínua persistente	5,960
contínua com crises de exacerbação	6,291
progressiva	1,325
alívio com a posição cócoras	0,000
alívio na posição de prece maometana	0,000
alívio com a posição genupeitoral	0,000
alívio com a posição decúbito lateral	2,980
tipo	60,927
cólica	19,868
constante	23,510
lascinante	1,656
queimação	9,272
pressão abdminal	6,291
duração	58,940
menos de 12 horas	14,238
12 - 24 horas	14,570
48 - 96 horas	16,887
1 semana	6,623
2 semanas	0,331
1 mês	3,974
3 meses	1,656
6 meses	0,000
Início	57,947
abrupto	20,530
leve e progressivo	18,543
leve e constante	12,914
forte e progressivo	1,325
forte e constante	3,311
leve e intermitente	0,993
forte e intermitente	0,331
difusa e depois localizada	0,000
irradiação da dor	17,881
parte anterior do tórax	0,993
parte posterior do tórax	2,318
ombro direito	0,993
ombro esquerdo	0,331
flanco esquerdo	1,987
flanco direito	3,642
mesogástrio	4,305
fossa ilíaca direita	1,656
fossa ilíaca esquerda	0,331
baixo ventre	5,629
epigástrio	1,325

peristaltismo	95,033
visível	18,543
não visível	76,159
hérnias	95,033
presentes	2,649
umbilical	2,318
epigástrica	0,000
crural (femoral)	0,000
inguinal	0,000
ausentes	92,384
sensibilidade	84,106
normal	52,649
aumentada	31,788
diminuída	0,000
temperatura	85,430
normal	69,205
hipertermia	11,258
hipotermia	4,967
espessura da parede abdominal	94,702
normal	73,510
aumentada	13,907
diminuída	6,623
ausculta abdominal	97,351
ruídos hidroaéreos	97,351
normais	55,960
aumentados	28,146
metálicos	2,649
ausentes	9,934
atritos	0,331
som surdo	0,000
som timpânico	26,490
som maciço	8,278
som ressonante	1,656
palpação:	98,013
bordas do fígado	97,682
normais	76,490
entumescidas	10,265
sensíveis	5,960
irregulares	0,000
firmes	0,000
indolor	4,636
lisas	0,000
baço	96,689
não palpável	91,060
palpável	5,298
rins	90,397
palpáveis	16,556
não palpáveis	73,510
distensão abdominal	24,834
tipo	24,503
aguda fulminante	2,318

aguda obstrutiva	5,960
crônica obstrutiva	2,318
crônica intermitente	0,000
matinal	0,000
vespertina	0,000
todo o dia	2,649
persistente	5,960
piora recente	3,974
piora gradativa	0,993
movimentos intestinais visíveis	0,331
intensidade	22,848
leve	7,947
moderada	12,914
intensa	1,987
tempo de evolução	19,205
menos de 12 horas	2,318
12 - 24 horas	8,278
48 - 96 horas	3,974
1 semana	2,980
2 semanas	0,000
1 mês	0,000
3 meses	1,656
6 meses	0,000
alteração do hábito intestinal	76,159
tipo/mudança para	57,947
normal/obstipação intestinal	36,093
normal/diarréia	18,212
normal/diarréia/disenteria	0,000
normal/disenteria	1,987
obstipação intestinal/diarréia	0,662
obstipação intestinal/disenteria	0,331
diarréia/obstipação	0,000
matéria fecal	47,020
fezes pastosas	24,172
fezes ressecadas	2,980
inespecíficas	15,232
calibrosas	0,662
fecalitos	1,656
esteatorréia	0,000
fragmentadas	2,318
em fitas	0,000
em síbalos	0,000
coloração	54,636
branca	0,000
amarelada	7,285
verde	0,331
marrom	41,722
vermelho vivo	0,000
preta	3,311
melena	1,987
odor	53,311

sem odor	0,993
fétido	36,424
fétido muito forte	15,894
procedimentos diagnósticos	35,762
seriografia GI alta	0,000
estudo com duplo contraste	0,000
infusão contínua	0,000
enema baritado	0,331
estimulação ácido-gástrica	0,000
fibroscopia gastrointestinal	3,311
anoscopia	0,000
proctoscopia	0,000
sigmoidoscopia	0,331
colonoscopia	10,265
sangue oculto	11,921
ultra-sonografia	25,828
tomografia computadorizada	1,656
ressonância magnética	0,000
ESTÔMAGO	98,676
apetite	93,709
normal	53,642
anorexia	39,735
aumentado	0,000
pirose	7,947
antes da refeição	1,656
após a refeição	4,636
vômitos	33,775
tipo	33,444
alimentar	12,583
aquoso	11,589
biliar	5,298
hematêmese	3,642
característica	15,563
esverdeado líquido	2,318
esverdeado aquoso	6,954
fecalóide	0,000
riscos de sangue	1,987
borra de café	4,305
tempo de evolução	32,119
horas	14,238
dias	9,603
1 semana	5,298
2 semanas	0,000
1 mês	0,331
mais de 1 mês	2,649
intensidade	29,801
em jato	11,921
parte do que ingere	5,629
tudo que ingere	3,974
apenas regurgitação	8,278
náuseas	79,139

sim	28,808
não	45,695
quando se alimenta	0,993
após alimentação	1,656
contínua	3,311
indigestão	7,616
cirurgia gástrica prévia	69,536
sim	3,642
não	65,894
controle dietético	56,954
com acompanhamento profissional	28,477
sem acompanhamento profissional	28,477
dor	14,901
corrosiva	4,967
queimação	6,954
hipersensibilidade epigástrica	1,987
dieta	92,053
tipo	85,430
normal	53,974
hipossódica	23,179
hiperprotéica	2,318
hipercalórica	0,662
hipocalórica	7,947
características	74,834
pastosa	12,252
líquida	24,172
sólida	38,079
por sonda	22,848
nasogástrica	12,583
nasoentérica	2,980
NPT, via ostomias	6,954
complicações da terapia enteral	6,291
diarréia	4,305
náuseas	0,000
gases	0,662
síndrome de dumping	0,000
deslocamento da sonda	0,000
obstrução da sonda	0,000
irritação nasofaríngea	1,325
desidratação	0,662
azotemia	0,000
desequilíbrio hidroeletrólítico	0,000
nutrição	80,795
além das necessidades corporais	4,636
aquém das necessidades corporais	9,603
equilibrada	61,589
obesidade mórbida	4,967
hidratação	91,060
além da necessidade corporal	0,000
aquém da necessidade corporal	8,609
equilibrada	63,245

perda hídrica	19,205
leve	7,616
moderada	8,940
grave	2,318
nutrição parenteral total	5,960
complicações	0,331
embolia gasosa	0,000
sepse	0,000
linha do catéter coagulada	0,000
deslocamento do catéter	0,000
hiperglicemia	0,000
sobrecarga líquida	0,000
pneumotórax	0,000
hipoglicemia de rechaço	0,000
índice de massa corporal	68,543
desnutrido	10,596
peso normal	47,682
sobrepeso	8,609
obesidade classe I	1,325
obesidade classe II	0,000
obesidade classe III	0,000
INTESTINO	68,874
constipação	41,391
causas	38,411
ausência de resíduos na dieta	12,583
uso prolongado de laxativos	1,325
ignorar a vontade de defecar	0,993
inatividade	11,589
problemas emocionais	9,603
fatores neurológicos	0,331
pequena ingestão hídrica	3,311
complicações da constipação	0,331
manobra de Valsalva	0,331
fecaloma	0,000
megacólon	0,000
cólon catártico	0,000
fase aguda	26,490
evacuação	26,490
ausente nas últimas 36 horas	19,205
ausente nas últimas 72 horas	3,974
mais de 96 horas	3,311
fase crônica	4,305
evacuação	4,305
2 vezes/semana	1,987
1 vez/semana	0,993
cada 10 dias	0,000
cada 15 dias	0,000
somente com laxantes	0,662
incontinência fecal	3,642
controle esfinceteriano diminuído	2,318
comprometimento cognitivo/perceptual	0,331

movimentos intestinais	13,576
contrações peristálticas visíveis	10,265
peristaltismo prejudicado	2,980
meteorismo	0,000
flatulência	14,901
diarréia	22,517
intensidade/frequencia	19,868
3 vezes/dia	3,642
4 a 10 vezes/dia	9,934
mais que 10 vezes/ dia	4,967
contínuo	0,000
intermitente	1,325
período	19,868
diurno	0,662
noturno	0,000
mais diurna que noturna	1,325
mais noturna que diurna	0,000
igual diurna/noturna	14,570
indeterminada	3,311
consistência	19,868
líquida	14,901
semi-líquida	2,318
semi-pastosa	0,331
pastosa	1,987
volume	18,874
200 a 500 ml	16,225
500 a 1000 ml	2,649
maior que 1000 ml	0,000
cor	19,868
branca	0,331
amarelada	5,960
verde	1,987
esverdeada	0,331
marrom	8,278
achocolatada	1,325
avermelhada	0,331
preta	1,325
flutuação	15,232
flutuante	7,947
fundo do vaso	6,954
brilho	15,563
brilhosas	1,656
opacas	12,914
outro	0,993
sangue	1,656
vivo	0,000
coágulos	0,000
água de carne	0,000
melena	1,656
melena mais sangue vivo	0,000
secreção	12,252

líquida	1,325
mucóide	10,596
gelatinosa	0,000
purulenta	0,331
espessa	0,000
pseudopurulenta	0,000
achocolatada	0,000
placas esbranquiçadas	0,000
em formação	0,000
resíduos	1,987
fibras vegetais	0,000
restos alimentares não digeridos	1,987
parasitas intestinais	0,000
outros	0,000
flatos	12,252
leve	6,954
moderado	2,649
intenso	0,662
explosivo	1,987
odor	16,556
sem odor	2,318
fétido	10,596
fétido muito forte	3,642
RETO	92,384
normal	76,490
ulcerado	10,927
edemaciado	2,649
presença de nodulações	1,325
abscesso anorretal	0,331
superficial	0,331
profundo	0,000
no homem:	18,874
próstata	18,543
normal	17,881
edemaciada	0,331
vesículas seminais	7,616
palpáveis	3,974
não palpáveis	3,642
ÂNUS	94,040
normal	73,510
edemaciado	1,987
ulcerado	15,894
prurido	0,662
com fissuras	0,993
com protuberâncias	0,000
escoriações	0,331
com fístulas	0,331
hemorróidas	1,656
dor à defecação	1,656
tonus	13,907
normal	11,589

controle esfinteriano diminuído	2,318
OSTOMIAS	26,159
traqueostomia	2,980
esofagomiotomia	0,000
gastrostomia	2,980
cistostomia	0,000
jejunostomia	0,662
colostomia	11,258
ascendente	4,305
transversa	0,000
descendente	6,954
sigmóidea	0,000
ileostomia	0,000
ureteroileostomia	0,000
ureterossigmoidostomia	0,000
considerações psicossociais	20,861
medo	6,623
ansiedade	12,583
choque	2,649
negação	1,987
raiva	3,311
rejeição	2,318
FERIDA CIRÚRGICA	30,132
limpa	29,139
limpa contaminada	0,993
contaminada	0,000
infectada	0,000
deiscência	0,000
evisceração	0,000
CATETERES / SONDAS / DRENOS	87,417
CATETERES	86,755
venosos periféricos	82,781
tipo de cateter	81,788
Scalp	3,974
Butterfly	0,331
Abbocath	41,391
Gelco	35,430
tamanho	80,795
14	0,000
16	0,331
18	1,987
20	19,868
22	49,338
24	8,609
local da punção	81,126
membro superior direito	52,980
região dorsal da mão	24,834
região posterior do antebraço	14,570
região anterior do antebraço	3,642
região olecraniana	0,000
região posterior do braço	1,987

região anterior do braço	1,325
membro superior esquerdo	28,146
região dorsal da mão	4,967
região posterior do antebraço	13,245
região anterior do antebraço	9,934
região olecraniana	0,000
região posterior do braço	0,662
região anterior do braço	0,000
região cefálica	0,000
com exsudato	1,325
seroso	1,325
leitoso	0,000
sanguinolento	0,000
serosanguinolento	0,000
edemaciado	0,331
hiperemiado	0,662
com hematoma	1,987
permeabilidade	61,589
permeável em membro superior direito	35,099
permeável em membro superior esquerdo	23,510
permeável em região cefálica	0,000
não permeável em membro superior direito	0,993
não permeável em membro superior esquerdo	0,331
não permeável em região cefálica	0,000
venosos centrais	3,974
tipo de cateter	3,974
Intracath	3,974
outro	0,000
local da punção	3,974
veia jugular interna direita	0,000
veia jugular interna esquerda	0,000
veia subclávia direita	2,649
veia subclávia esquerda	1,325
veia femural direita	0,000
veia femural esquerda	0,000
com exsudato	0,000
seroso	0,000
leitoso	0,000
sanguinolento	0,000
serosanguinolento	0,000
edemaciado	0,000
hiperemiado	0,000
com hematoma	0,000
permeabilidade	3,642
permeável	3,642
não permeável	0,000
SONDAS	10,265
GÁSTRICAS	6,623
sonda de Levin	1,325
sonda Moss	0,000

sonda (balão) de Sengstaken-Blackmore	4,636
ENTÉRICAS	3,974
SONDAS DE DESCOMPRESSÃO	0,993
sonda de Miller-Abbott	0,993
sonda de Harris	0,000
sonda de Cantor	0,000
SONDAS ALIMENTARES	2,980
sonda de Keofeed	0,000
sonda de Moss	0,000
sonda de Dubbhoff	1,987
DRENOS	4,636
de tórax	0,000
abdominal	4,636
dreno de Penrose	3,974
dreno de Medi-drain	0,000
dreno de Kher	0,331
cirúrgico	0,000
PRÓTESES E/OU EQUIPAMENTOS AUXILIARES	41,060
dentaduras	35,099
pontes móveis	2,649
corretores dentários	1,325
aparelho ortodôntico	1,325
restauração	0,000
PERIOPERATÓRIO	38,742
PRÉ-OPERATÓRIO	23,179
jejum	21,192
4 horas	0,331
6 horas	4,636
8 horas	4,636
10 horas	0,331
12 horas	9,272
mais de 12 horas	0,993
preparação intestinal	10,596
enema de limpeza	0,993
uso de laxativo	9,603
preparação da pele	8,609
asepsia local	0,662
tricotomia local	8,609
medicação pré-operatória	10,265
analgésicos	0,000
antibióticos profiláticos	6,623
anticolinérgicos	0,662
barbitúricos/tranquilizantes	3,642
opiáceos	0,000
INTRA-OPERATÓRIO	0,000
posicionamento cirúrgico	0,000
dorsal	0,000
trendelemburg	0,000
trendelemburg reversa	0,000
litotômica	0,000

ventral	0,000
lateral	0,000
anestesia	0,000
sedação consciente	0,000
sedação profunda	0,000
anestesia geral	0,000
anestesia regional	0,000
raquianestesia	0,000
analgesia epidural	0,000
bloqueios de nervos periféricos	0,000
complicações	0,000
arritmia cardíaca	0,000
hipertermia maligna	0,000
hipotensão	0,000
hipotermia	0,000
hipoventilação	0,000
parada cardio-respiratória	0,000
lesão de nervos periféricos	0,000
traumatismo oral	0,000
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO	12,914
classificação da cirurgia	12,914
quanto ao tipo:	12,583
curativa	5,298
diagnóstica	3,974
exploratória	1,987
paliativa	0,662
reconstrutiva	0,993
reparadora	1,325
quanto ao grau de urgência:	12,583
ambulatorial	0,000
eletiva	1,987
emergência	1,325
necessária	3,311
opcional	0,662
urgência	5,298
tipo de incisão	11,258
subcostal	0,331
paramediana	1,987
transversa	4,305
reta	1,656
McBurney	0,662
mediana	1,656
Pfannenstiel	0,662
PÓS-OPERATÓRIO	15,894
complicações	12,914
choque	0,993
anafilático	0,000
cardiogênico	0,000
hipovolêmico	0,662
neurogênico	0,000

séptico	0,000
térmico	0,331
hemorragia	0,331
primária	0,331
intermediária	0,000
secundária	0,000
hemorragia capilar	0,000
hemorragia venosa	0,000
hemorragia arterial	0,000
trombose venosa profunda	0,000
embolia pulmonar	0,000
complicações respiratórias	0,000
hipoxemia não-detectada	0,000
atelectasia	0,000
bronquite	0,000
broncopneumonia e pneumonia	0,000
congestão pulmonar hipostática	0,000
pleurisia	0,000
superinfecção	0,000
retenção urinária	0,662
obstrução intestinal	9,934
psicose pós-operatória	0,000
delírio	0,000
tóxico	0,000
traumático	0,000
por abstinência de álcool (delirium tremens)	0,000
CONDIÇÕES E HÁBITOS DE VIDA	98,676
tabagismo	97,020
não	58,940
fumou por um tempo	16,556
parou de fumar há	12,914
1 ano	3,311
2 anos	1,987
5 anos	0,662
mais de 5 anos	6,954
sim	21,192
tempo	21,192
durante 5 anos	0,662
durante 10 anos	1,656
durante 20 anos	13,245
durante mais de 30 anos	5,629
quantidade	20,199
20 cigarros/dia	15,563
40 cigarros /dia	4,636
mais de 40 cigarros/dia	0,000
hábito de mascar fumo	0,000
etilismo	92,384
não	82,450
foi	2,649
durante 5 anos	0,000

durante 10 anos	1,987
durante 20 anos	0,000
mais de 20 anos	0,662
sim	3,974
quantidade diária	3,974
20 g/álcool/3 vezes/semana	2,318
40 g/álcool/ 3 vezes/semana	0,331
20 g/álcool/dia	1,325
40 g/álcool/dia	0,000
mais de 40 g/álcool/dia	0,000
parou de beber há	3,311
1 ano	0,993
2 anos	0,662
5 anos	0,000
mais de 5 anos	1,656
sedentarismo	67,219
atividade física	25,166
constante	7,947
irregular	17,219
índice de massa corpórea	36,755
abaixo de 15	3,642
16 a 20	7,947
21 a 25	15,894
26 a 30	3,974
31 a 35	4,636
36 a 40	0,000
maior que 41	0,662
capacidade funcional	88,411
sem disfunção	60,596
com disfunção	27,815
tipo	22,848
mantém atividade c/ leve grau de cansaço	1,325
interrupção das atividades com permanência de pequenos movimentos	7,616
acamado a maior parte do tempo	13,576
tempo	17,550
2 semanas	3,642
1 mês	2,649
2 meses	2,318
4 meses	0,000
1 ano	2,649
mais de 1 ano	5,298
comunicação	98,676
verbal	95,364
normal	79,139
com dificuldade de entendimento	9,603
prejudicada	4,967
não verbal	2,980
sinais	2,980
escrita	0,000

prejudicada	0,000
fadiga	17,881
sono	77,815
normal	43,046
além das necessidades	10,596
aquém das necessidades	24,172
CONDIÇÕES PSICOSSOCIAIS	98,676
ansiedade	31,126
medo	31,126
do desconhecido	3,642
da morte	8,609
de alteração da imagem corporal	6,954
de dor	12,914
do procedimento cirúrgico	6,623
adequação ao esquema terapêutico	12,252
conhecimento da doença	11,589
negação do diagnóstico	2,980
adesão ao autocuidado	4,967
tolerância às atividades	90,066
normal	65,563
nenhuma	23,510
total	0,993
imagem corporal	86,093
negativa	25,166
normal	55,298
positiva	5,629
conhecimento da promoção à saúde	97,020
sim	55,629
não	24,503
parcial	16,556
interação social	91,391
normal	53,974
prejudicada	36,424
deficiência cognitiva	1,987